

OPERATIIVISEEN TOIMENPITEESEEN LIITTYVÄT VAARATAPAHTUMAT

Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemuksia

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö AMK
Kevät 2011
Jenni Tuominen
Pauliina Piilonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

PIILONEN, PAULIINA & TUOMINEN, JENNI:

Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvät vaaratapahtumat
Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien
kokemuksia

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 42 sivua, 20 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilasturvallisuutta tuottamalla kuvaus Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemuksista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista sekä niiden ilmoittamisesta HaiPro- vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat 1.) Millä tavalla sairaanhoitajat ymmärtävät HaiPro-raportointijärjestelmään kuuluvan käsitteen ”operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”?, 2.) Millaisia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia kirurgian vuodeosastoilla ilmenee sairaanhoitajien kokemana?, 3.) Millainen kokemus sairaanhoitajilla on operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta HaiPro-raportointijärjestelmään? sekä 4.) Miten operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoitusten tekemistä HaiPro-raportointijärjestelmään voitaisiin sairaanhoitajien kokemusten mukaan lisätä?

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin kirjallisen kyselyn avulla. Kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajilla ei ollut yhtenäistä ymmärrystä käsitteestä ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”. Sairaanhoitajat ymmärsivät käsitteen hoitoympäristön, hoitotyön luonteen, aika perspektiivin, ohjeiden noudattamatta jättämisen tai kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta. Kirurgian vuodeosastoilla ilmenee sairaanhoitajien kokemana huolimattomuudesta johtuvia, työmoraalista johtuvia, leikkauksen aikana syntyviä, tiedonpuutteesta johtuvia sekä odottamattomista muutoksista johtuvia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan suurin osa sairaanhoitajista ei ollut tehnyt ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista. Sairaanhoitajat, jotka olivat tehneet operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtuma-ilmoituksia, olivat tehneet niitä leikkauskomplikaatioista, tekemättä jääneestä työstä, lääkevirheistä, väkivallasta ja tapaturmista. Kaikki sairaanhoitajat kokivat, että kaikista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista ei tehdä ilmoitusta HaiPro-raportointijärjestelmään. Ilmoitus jää heidän kokemuksen mukaan tekemättä asenteista, mielenkiinnon puutteesta ja ilmoituksen tekemisen vaikeudesta johtuvista syistä. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan operatiiviseen toimenpi-

teeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoitusten tekemistä voitaisiin lisätä koulutamisella, HaiPro:sta muistuttamisella, tehtyjen vaaratapahtumailmoitusten käsittelemisellä osastolla, konkreettisen hyödyn näkemisellä sekä asennoitumisella.

Jatkotutkimusaiheita ovat operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän tapahtumatyyppien kehittäminen ja määrittäminen organisaatioiden ja osastojen tarpeita paremmin palvelevaksi, koulutuksen ja infotilaisuuksien järjestäminen sekä oppaan tekeminen HaiPro-ilmoitusten tekemisestä osastojen käyttöön.

Avainsanat: potilasturvallisuus, raportointijärjestelmä, vaaratapahtuma

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

PIILONEN, PAULIINA & TUOMINEN, JENNI:
Operational measures of risk events
Päijät-Häme Central Hospital surgical wards 41-42 nurses' experiences

Bachelor's Thesis in Nursing, 42 pages, 20 appendices

Spring 2011

ABSTRACT

The purpose of this study was to improve patient safety by providing a description of the Päijät-Häme Central Hospital surgical wards 41-42 nurses' experiences of operational measure of risk events and their notification to HaiPro- risk events reporting system. The research questions consisted of: 1.) How do the nurses understand the concept which belongs to the HaiPro reporting system in "the risk of event which is related to the operative measure"?, 2.) What kind of risk of events which are related to the operative measure in the surgical wards are manifested in the experiences of the nurses?, 3.) What kind of experience the nurses have of the announcement of risk of events which are related to the operative measure to the HaiPro reporting system? and 4.) How to increase operational measures related to the risk of an event notifications to HaiPro-reporting system on the basis of nurses in surgical wards 41-42?

The research method used in the thesis was qualitative. The data were collected through written survey and were later analyzed by content analysis.

According to the results of the surgery wards 41–42 nurses did not have a coherent understanding of the concept of "operational measures related to the risk of an event. They understood the concept from the point of view of environmental care, nursing, the nature of time perspective, failure to comply with the instructions, or holistic treatment perspective. On the basis of nurses' experience there occur operational measures related to the risk of events due to negligence, resulting from morale, arising during the surgery, the lack of knowledge as well as unexpected changes caused in surgical wards. Nurses' experience shows that the majority of nurses had not made announcements related to the measure of operational risk events. Nurses, who had made notifications of operational, had made them from the failed job, medical errors, violence and accidents. All nurses felt that some operational measures of the risk of events do not take notice of the HaiPro-reporting system. Notification will not be made in nurses' experience due to attitudes, lack of interest and the difficulty associated with making it. Nurses felt that the operational measures related to the risk of events could be increased with training, reminding of the HaiPro, processing notifications on the ward and seeing tangible benefits as well as changing the attitude towards making notifications.

Further research topics are related to operational measures risk-related events development and determination to serve the organizations' and departments' needs

better. Training and information events as well as a guide for making HaiPro-notifications for departments could be some further research topics.

Key words: patient safety, reporting system, hazard event

SISÄLLYS

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | POTILASTURVALLISUUS | 3 |
| 2.1 | Potilasturvallisuus Suomessa | 3 |
| 2.2 | Turvallisuuskulttuuri hoitotyössä | 5 |
| 3 | VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ | 6 |
| 3.1 | HaiPro-raportointijärjestelmä terveydenhuollon työkaluna | 6 |
| 3.2 | Ilmoituksen tekeminen | 7 |
| 3.3 | Ilmoitettavat tapahtumat | 9 |
| 4 | OPERATIIVISEEN TOIMENPITEESEEN LIITTYVÄT VAARATAPAHTUMAT | 10 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 11 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 13 |
| 6.1 | Tutkimusmenetelmä | 13 |
| 6.2 | Tutkimuksen kohderyhmä ja hyödynsaajat | 14 |
| 6.3 | Aineiston keruu | 15 |
| 6.4 | Aineiston analyysi | 16 |
| 7 | TUTKIMUSTULOKSET | 18 |
| 7.1 | Käsite ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” | 18 |
| 7.2 | Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmeneminen | 20 |
| 7.3 | Kokemus omasta ilmoittamisesta | 23 |
| 7.4 | Kokemus työtoverin ilmoittamisesta | 24 |
| 7.5 | Kokemus ilmoitusten tekemisestä yleisesti | 25 |
| 7.6 | Ilmoitusten tekemisen lisääminen | 26 |
| 7.7 | Tutkimustulosten yhteenveto | 27 |
| 8 | POHDINTA | 28 |
| 8.1 | Johtopäätökset | 28 |
| 8.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 32 |
| 8.3 | Tutkimuksen eettisyys | 34 |
| 8.4 | Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämishaasteet | 36 |

LIITE 1: Vaaratapahtuma-ilmoituksen käsittely prosessina

LIITE 2: Ilmoituksen tekeminen HaiPro-raportointijärjestelmään: Ilmoittajan näkymä.

LIITE 3: HaiPro-raportointijärjestelmään ilmoitettavat vaaratapahtumatyypit alaluokkineen

LIITE 4: Kirjallisen kyselyn kysymykset

LIITE 5: Saatekirje

LIITE 6: Käsite ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”

LIITE7: Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmene-
minen

LIITE 8: Kokemus omasta ilmoittamisesta

LIITE 9: Kokemus työtoverin ilmoittamisesta

LIITE 10: Kokemus ilmoitusten tekemisestä yleisesti

LIITE 11: Ilmoitusten tekemisen lisääminen

LIITE 12: Rekisteriseloste

LIITE 13: Tutkimuslupahakemus

LIITE 14: Toimeksiantosopimus

Institute of Medicinen vuonna 1999 julkaistun raportin "To err is human: Building a safer health system", mukaan 44 000-98 000 henkilöä kuolee vuosittain Yhdysvalloissa erilaisten hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin. Myös muissa maissa on julkaistu samankaltaisia tuloksia ja raportin mukaan oletettavissa on, ettei Suomen potilasturvallisuustilanne ole poikkeus. Suhteutettuna Suomen väkilukuun ja verrattuna Yhdysvaltojen tilastoihin tämä tarkoittaisi meillä 750–1500 haittatapahtumaan liittyvää kuolemaa vuodessa. Noin puolet kyseisistä määristä olisi estettävissä hyvällä suunnittelulla, käytännöillä ja turvallisuutta edistävällä ympäristöllä. (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000, 1–2; Snellman 2009, 29–30.)

Osittain edellä mainitun raportin ansiosta potilasturvallisuus on ollut viime vuosina esillä niin Suomessa kuin maailmallakin. Vuoden 2008 helmikuussa käynnistyi EU-maiden yhteinen hanke Euroopan Unionin Patient Safety Network (EUNet-PaS). Suomi osallistuu aktiivisesti tähän kolmivuotiseen hankkeeseen, jonka keskeisenä tavoitteena on nostaa potilaille annettavan hoidon laatua. Tavoitteeseen on tarkoitus päästä luomalla hyviä potilasturvallisuuskäytäntöjä sekä verkostoimalla eri maiden asiantuntijat yhteen. Toiveena on, että jokainen maa kokoaa myös omat hyvät käytännöt ja asiantuntijaverkostonsa potilasturvallisuuden kehittämiseksi. (Snellman 2009, 30; Snellman 2008.)

Vuoden 2005 alussa Päijät-Hämeen keskussairaalassa kehitettiin lääkevirheseuranta konservatiiviselle tulosalueelle. Huhtikuussa 2007 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät osallistui valtakunnalliseen HaiPro 2 – projektiin, jonka myötä luotiin HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. HaiPro-raportointijärjestelmä on Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) ja Lääkelaitoksen terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön luoma työkalu jonka avulla pyritään edistämään potilasturvallisuutta Suomessa. (Alineen 2008, 11.)

Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivinen tulosalue, ensihoito- ja päivystyskeskus sekä kuntoutuskeskus ovat olleet HaiPro 2 -projektissa mukana alusta asti. Päijät-Hämeen keskussairaalan operatiivisella ja psykiatrisella tulosalueella HaiPro-raportointijärjestelmä otettiin käyttöön vasta vuoden 2008 alussa. (Alineen

2008, 11.) Vuoden 2008 aikana Päijät-Hämeen keskussairaalassa kirjattiin yhteensä 1715 vaaratapahtumaa, joista noin puolet oli läheltä piti -tilanteita ja puolet varsinaisia haittatapahtumia (ESS 2009).

Opinnäytetyömme taustalla oli HaiPro-raportointijärjestelmän vaaratapahtuma-ilmoitusten pohjalta nousseet kysymykset operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Vuonna 2009 Päijät-Hämeen keskussairaalassa HaiPro-raportointijärjestelmään tehtiin kaikkiaan 1736 vaaratapahtuma-ilmoitusta. Näistä vain 17 ilmoitusta oli tehty operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen. Tämän pohjalta lähdimme selvittämään mahdollisia syitä ilmoitusten vähäiseen määrään. Opinnäytetyössämme tutkimme Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemuksia vaaratapahtumista jotka liittyvät operatiiviseen toimenpiteeseen.

Tämä tutkimus on laadullinen ja tutkimuksen aineisto kerättiin kirjallisen kyselyn avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millä tavalla kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajat ymmärtävät HaiPro-raportointijärjestelmän tapahtumatyyppin ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” sekä millaisia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia kirurgian vuodeosastoilla 41–42 sairaanhoitajien kokemana ilmenee. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää millainen kokemus kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajilla on operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta HaiPro-raportointijärjestelmään ja miten ilmoittamista voitaisiin lisätä.

Opinnäytetyömme aihe löytyi Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön aiheita tarjoavilta Internet-sivuilta. Kyseisillä sivuilla oli useita opinnäytetyön aiheita potilasturvallisuuteen liittyen joista oman mielenkiintomme mukaan valitsimme aiheen ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä potilasturvallisuus”. Kiinnostuksemme aiheeseen nousi käytännön harjoittelujaksojen pohjalta sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan tarpeesta tutkia potilasturvallisuutta operatiiviseen hoitotyöhön liittyen. Mielestämme potilasturvallisuus on erittäin tärkeä ja oleellinen osa hoitotyötä. Työn myötä meillä on mahdollisuus omalta osaltamme olla kehittämässä potilasturvallisuutta.

2 POTILASTURVALLISUUS

2.1 Potilasturvallisuus Suomessa

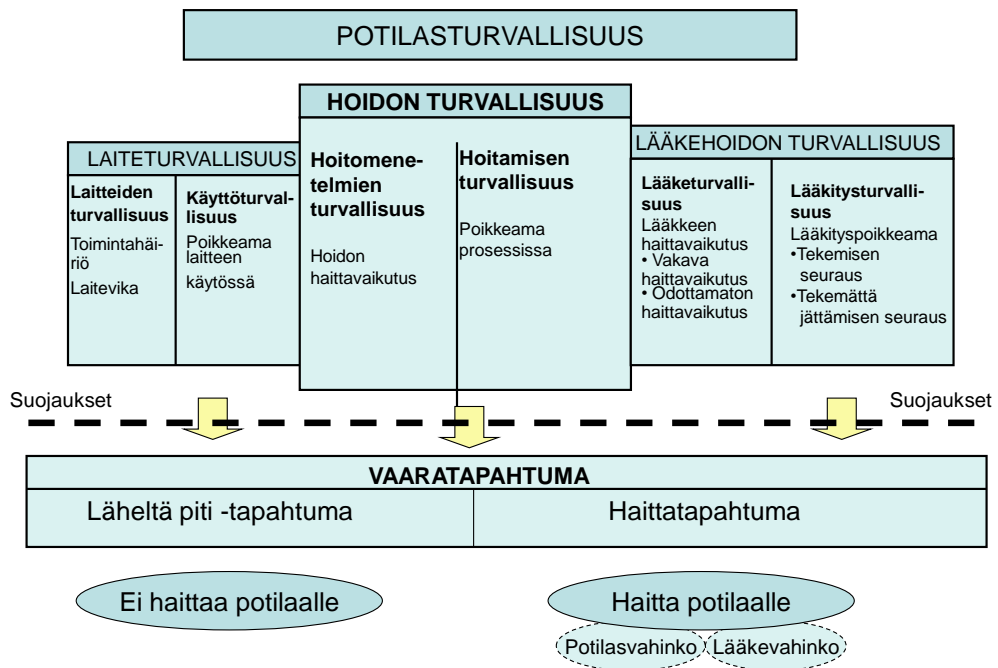
Kymenlaakson sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Ermo Haakson (ESS 2009) mukaan Suomi on viime vuosien aikana alkanut kuroa kiinni eroa potilasturvallisuusasioissa, joissa se on ollut jopa 5-10 vuotta naapurimaitaan Ruotsia sekä Tanskaa jäljessä. Dosentti Minna Kaila (2010, 1083) kertoo Suomen ottaneen muita maita kiinni vakuuttavaa vauhtia, sillä jo moni sairaanhoitopiiri ja terveydenhuollon yksikkö on alkanut kehittää toimintaansa potilasturvallisuutta edistävämmäksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta valmisteltu ensimmäinen Suomalainen potilasturvallisuusstrategia julkaistiin tammikuussa 2009 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 3). Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian on tarkoitus auttaa potilasturvallisuuden ankkuroinnissa Suomalaisen terveydenhuollon toimintatavoihin ja toiminnan rakenteisiin vuoteen 2013 mennessä (Kaila 2010, 1083). Suomalaiselle potilasturvallisuusstrategialle on asetettu viisi päätavoitetta. Tavoitteina ovat, että potilas osallistuisi itse potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallittaisiin ennakkoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumat raportoitaisiin ja niistä opittaisiin, potilasturvallisuutta edistettäisiin suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuus huomioitaisiin terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15–18.)

Tällä hetkellä potilaan turvallista hoitoa ohjaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3§). Tämän lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään ja turvalliseen terveyden- ja sairaudenhoitoon. Potilasturvallisuudesta on tulossa säädöksiä myös terveydenhuoltolakiin, mutta varsinainen potilasturvallisuuden edistäminen tapahtuu kuitenkin käytännön työssä ja opetuksessa (Kaila 2010, 1083).

Suomalaisessa sanastossa potilasturvallisuudella (patient safety) tarkoitetaan toimintoja ja periaatteita joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja

suojata potilasta vahingoittumasta terveydenhuollossa toimivissa yksiköissä tai organisaatioissa. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu hänelle haittaa. Potilasturvallisuus on tärkeä osa hoidon laatua ja pitää sisällään hoidon turvallisuuden lisäksi lääkehoidon turvallisuuden ja laite-turvallisuuden. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6; Snellman 2009, 37.)



KUVIO 1. Potilasturvallisuus (Stakes, Työpapereita 28/2006 mukailten)

Kuviossa 1. kuvataan potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuteen kuuluvia asioita. Hoidon turvallisuus voidaan yleisesti jakaa kahteen osaan: hoitomenetelmien turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen. Suojauksilla viitataan niihin toimintaprosessiin suunniteltuihin rakenteisiin ja menettelyihin joilla halutaan sekä tunnistaa että estää haitalliset poikkeamat tai vaaratapahtumat. Lääkehoidon turvallisuus voidaan myös jakaa kahteen osaan: lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus kattaa lääkkeen haittavaikutuksia koskevat seikat kun taas lääkitysturvallisuus kattaa lääkityspoikkeamat, jotka yleensä syntyvät tekemisen tai tekemättä jättämisen myötä. Laiteturvallisuudella tarkoitetaan laitteiden turvallisuutta, jota haittaavat toimintahäiriöt ja laiteviat, sekä laitteiden käytön

turvallisuutta, johon vaikuttavat poikkeamat laitteiden käytössä. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5; Snellman 2009, 38.)

2.2 Turvallisuuskulttuuri hoitotyössä

Kulttuurin pääelementtejä ovat arvot, normit ja roolit (Laakkonen 2004, 33). Turvallisuuskulttuurin käsite on alun perin saanut alkunsa ydinvoimateollisuuden parista, josta se on levinnyt myös muille turvallisuuskriittisille aloille ja viime vuosina myös terveydenhuoltoon (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2009, 63). Myös organisaatiotutkimus on viime vuosien aikana selkeästi laajentunut terveydenhuoltoon. (Laakkonen 2004, 36.) Terveydenhuollon organisaatiot ovat niin sanottuja turvallisuuskriittisiä organisaatioita. Turvallisuuskriittisen organisaation toimintaan sisältyy vaaroja, jotka huonosti hallittuna voivat aiheuttaa merkittäviä vahinkoja kansalaisille. Turvallisuuden arvioimisella ja kehittämisellä on turvallisuuskriittisissä organisaatioissa suuri merkitys. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 7.)

Turvallisuuskulttuurin vahvistaminen on linjattu Sosiaali- ja terveysministeriön taholta yhdeksi keskeiseksi tehtäväksi terveydenhuollon potilasturvallisuuden parantamisessa. Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa tarkoittaaakin yksilöiden ja yhteisön tapaa toimia varmistaen potilaiden saaman hoidon turvallisuus. (Reiman ym. 2009, 63–66.) Yksilöllisellä tasolla turvallisuuskulttuuriin vaikuttavat organisaation työntekijöiden koulutus, yksilölliset asenteet ja arvostukset turvallisuutta ja sen toteuttamista kohtaan. Työyhteisössä vallitsevan turvallisuuskulttuurin muodostumiseen vaikuttavat oleellisesti yksilön asenteet ja uskomukset, henkilökohtaiset valmiudet, työskentelytavat ja yhteistyötaidot. (Niemi 2006, 19–20.)

Potilasturvallisuus on riippuvainen terveydenhuollon yksiköissä toimivien yksilöiden ja ryhmien asenteista eli toisin sanoen potilasturvallisuuskulttuurista. (Socialstyrelsen 2009, 38.) Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan potilaiden turvallista hoitoa edistäviä toimintatapoja ja näitä tapoja tukevia johtamista, arvoja ja asenteita. Potilasturvallisuuskulttuuria vahvistamalla ja kehittämällä voidaan vähentää potilaan hoitoon liittyviä riskejä ja hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Poti-

lasturvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt sekä organisaation toimintatavat. Potilasturvallisuuskulttuuria voidaan verrata jatkuvasti muuttuvaan tilaan jonka luomiseen ja ylläpitoon osallistuvat henkilöstö ja organisaation johto, vaikka vastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa on ensisijaisesti kysymys potilaiden turvallisuuden aidosta välittämisestä, toimintaan liittyvien vaarojen ymmärtämisestä ja ennakoinnista sekä potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä organisaation kaikki tasot huomioiden. Riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toimintatapojen jatkuva kehittäminen ovat tärkeä osa potilasturvallisuuskulttuuria. (Reiman ym. 2009, 66; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.)

Organisaation sisällä tapahtuvan työn turvallisuuden edellytykset luo itse organisaatio. Sen tehtävänä on huolehtia turvallisuuden kannalta oleellisimmista vaatimuksista ja rajoituksista. Potilasturvallisuuskulttuuriksi voidaan kutsua sitä tapaa, jolla organisaatio huolehtii johtamisesta, töiden organisoinnista ja tiedonkulusta sekä henkilöstön turvallisuutta koskevista normeista ja arvoista. Tämän perusteella voidaan sanoa, että potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä on kyse organisaation toiminnan kehittämisestä turvallisen hoidon edellytyksiin huomiota kiinnittäen. (Reiman ym. 2009, 65.)

3 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ

3.1 HaiPro-raportointijärjestelmä terveydenhuollon työkaluna

HaiPro eli vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön luotu vaaratapahtumien raportointimenetelmä ja työkalu. Se on kehitetty hankkeena potilasturvallisuuden edistämisen työvälineeksi Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) ja Lääkelaitoksen toimesta. HaiPro:n kehittämisen ensimmäinen vaihe kesti vuoden 2005 lopulta vuoden 2007 alkupuolelle ja sen rahoittajia olivat Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) ja Lääkelaitos. Vuonna 2007 käynnistettiin HaiPro-2 projekti, jonka myötä vaaratapahtumien

raportointijärjestelmä otettiin käyttöön laajemmin Suomessa. HaiPro-2 projektin rahoituksesta vastasivat Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtion teknillinen tutkimuskeskus. (Alinen 2008, 1; Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 3.)

Suomessa yli 50 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköä, kooltaan vaihdellen terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin, on ottanut HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöönsä. (HaiPro 2010a.) HaiPro-raportointijärjestelmän avulla pyritään parantamaan ja edistämään potilasturvallisuutta, jolloin myös muistutusten, kanteluiden, potilasvahinkojen ja kustannusten määrä vähenee. (Alinen 2008, 2.)

HaiPro-raportointijärjestelmässä vaaratapahtumailmoituksia tehdään neljäntoista eri tapahtumatyyppiin alle (Liite 3.). Päijät-Hämeen keskussairaalassa HaiPro-raportointijärjestelmään raportoitavat vaaratapahtumat on jaettu kahteentoista eri tapahtumatyyppiin. Näitä ovat 1.) lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyvät tapahtumat, 2.) tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät tapahtumat, 3.) diagnosointiin liittyvät tapahtumat, 4.) operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvät tapahtumat, 5.) invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvät tapahtumat, 6.) muuhun hoitotoimenpiteeseen liittyvät tapahtumat, 7.) laboratorio- tai kuvantamistutkimuksiin liittyvät tapahtumat, 8.) laitteisiin ja niiden käyttöön liittyvät tapahtumat, 9.) aseptiikkaan liittyvät tapahtumat, 10.) tapaturmiin liittyvät tapahtumat, 11.) väkivaltaan liittyvät tapahtumat sekä 12.) ensihoidon toimintaympäristöön liittyvät tapahtumat. (PHKS 2011.)

3.2 Ilmoituksen tekeminen

HaiPro-raportointijärjestelmä perustuu vapaaehtoisuuteen ja rankaisemattomuuteen. Ilmoitukset HaiPro-raportointijärjestelmään tehdään anonyymeinä.

Anonymiteetti on koettu tärkeäksi motivaatiotekijäksi ilmoitusten tekemiseen raportointikulttuurin ollessa Suomessa vielä alkuvaiheessa. Ilmoitusten tekeminen anonyymisti ja vapaaehtoisesti helpottaa ilmoituksen tekemistä myös vaikeista tai kiusallisista asioista ilman, että ilmoituksen tekijä joutuu syntipukiksi. Tämä luo mahdollisuuden oppia myös vaikeammista ja kiusallisemmista tapahtumista. (Pietikäinen ym. 2009, 4–9.)

HaiPro:n toiminnalle ominaista on prosessimaisuus. Prosessista (Liite 1.) voidaan erottaa viisi vaihetta. Nämä vaiheet ovat vaaratilanteen tunnistus, ilmoituksen teko, ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, päätöksenteko jatkotoimista sekä seuranta ja arviointi. (Alinen 2008, 1–2.)

Prosessi lähtee käyntiin kun vaaratapahtuma havaitaan ja siitä ryhdytään tekemään ilmoitusta. Vaaratapahtuma-ilmoituksen tekeminen HaiPro-raportointijärjestelmään tapahtuu sähköisesti valmiille ilmoituslomakepohjalle (Liite 2.). Ensimmäisenä valitaan yksikköä koskevat tiedot eli lomakkeen täyttäjän yksikkö sekä yksikkö jossa vaaratapahtuma tapahtui. Tämän jälkeen valitaan ilmoittajan ammattiryhmä. Seuraavaksi ilmoitukseen merkitään itse vaaratapahtumaan liittyvät asiat. Näitä ovat tapahtuman aika päivän ja kellonajan tarkkuudella, tapahtuman luonne (läheltä piti tai tapahtui potilaalle) ja tapahtumapaikka. Seuraavana kohtana on tapahtuman tyypin valitseminen. (HaiPro 2010b.)

Viimeisenä ilmoitusta tehdessä valitaan tapahtuman kuvaukseen liittyvät asiat. Tapahtumaa kuvaavia seikkoja ovat kuvaus siitä mitä on tapahtunut ja mitä siitä on seurannut potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Lisäksi tapahtuman kuvauksessa tulisi kertoa tapahtumahetkeen liittyvät olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttavat olosuhteet sekä ilmoittajan oma näkemys tapahtuman uusimisen estämiseksi. Lopuksi tiedot tallennetaan ja tarvittaessa tulostetaan. Tallennettaessa ilmoitusta järjestelmä antaa tunnisteiden ja tunnusluvun, jotka kannattaa säilyttää jotta ilmoitusta pääsee myöhemmin katsomaan ja tarvittaessa antamaan lisätietoja tapahtumasta. Lomakkeelle tehdyt ilmoitukset kirjautuvat suoraan järjestelmään odottamaan jatkokäsittelyä. (HaiPro 2010b.)

Kun ilmoitus on jätetty HaiPro-raportointijärjestelmään, käsittelystä vastuussa oleva henkilö eli ilmoituksen käsittelijä saa tapahtumasta ilmoituksen ja päättää vaatiiko sen käsittely lisätietoja ilmoittajalta. Jos tapahtumasta kaivataan tarkempia tietoja tai täsmennystä, käsittelijä pyytää lisätietoja ilmoittajalta ja tapahtuma siirtyy HaiPro-raportointijärjestelmässä ”odottaa lisätietoja”. Kun ilmoittaja saa tiedon lisätietojen tarpeesta, hänen tulee syöttää tarvittavat tiedot järjestelmään. Tämän myötä ilmoitus jää jälleen odottamaan jatkokäsittelyä ja ilmoituksen käsittelijä saa uudelleen tiedon tapahtumasta. (HaiPro 2010c.)

Seuraavaksi käsittelijä analysoi tapahtuman ja kirjaa tapahtumaan liittyvät tiedot järjestelmään. Ilmoitus siirtyy ”Käsittelyssä”-tilaan. Käsittelijän tulee tässä vaiheessa päättää vaatiiko tapahtuma toimenpiteitä. Tarvittaessa käsittelijä voi siirtää päätöksenteon ylemmälle tasolle eli käsittelyiden ylemmälle vastuuhenkilölle. Jos tapahtuma ei vaadi toimenpiteitä, käsittelijä perustelee päätöksensä järjestelmään. Ilmoitus siirtyy ylemmälle tasolle ja tilaan ”Valmis”. (HaiPro 2010c.)

Joidenkin tapahtumien kohdalla käsittelijä tai ylempi vastuuhenkilö päätyy siihen tulokseen, että tapahtuma vaatii toimenpiteitä. Toimenpiteistä päättänyt henkilö, joko käsittelijä tai ylempi vastuuhenkilö, määrittelee mitkä toimenpiteet ovat tarpeen sekä nimeää toimenpiteen vastuuhenkilön. Toimenpiteen vastuuhenkilö toteuttaa toimenpiteet ja raportoi toteutuksesta ilmoituksen käsittelijälle. Lopuksi käsittelijä kirjaa tehdyt toimenpiteet järjestelmään ja siirtää ilmoituksen tilaan ”Valmis”. (HaiPro 2010c.)

3.3 Ilmoitettavat tapahtumat

HaiPro-raportointijärjestelmään tulisi ilmoittaa kaikki tapahtumat jotka ovat (haitatapahtuma) tai saattaisivat olla (läheltä piti-tapahtuma) haitaksi potilaan turvallisuudelle. (Snellman 2009, 38).

Vaaratapahtumaksi eli potilasturvallisuustapahtumaksi (patient safety incident) kutsutaan tapahtumaa joka on vaaraksi potilaan turvallisuudelle. Vaaratapahtuma on tai saattaa olla potilaalle haitaksi. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6; Snellman 2009, 38.)

Läheltä piti- tapahtumaksi (near miss) kutsutaan potilaan turvallisuuden vaarantanutta tapahtumaa joka olisi saattanut aiheuttaa haittaa potilaalle, jolta kuitenkin jostain syystä välttyttiin. Syinä haitalta välttymiseen ovat joko sattuma tai vaaratapahtuman havaitseminen ajoissa, jotta haitallinen tapahtuma on pystytty ennaltaehkäisemään. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6; Snellman 2009, 38; World Health Organization 2005, 8.)

Haittatapahtumalla (adverse event) tarkoitetaan tapahtumaa josta koituu potilaalle suoranainen haitta. Haitalla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä, emotionaalista, sosiaalista tai taloudellista potilaalle aiheutuvaa vaikutusta, joka ei ole toivottavaa. Haitta voi olla pysyvä tai tilapäinen. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 7; Snellman 2009, 38.)

4 OPERATIIVISEEN TOIMENPITEESEEN LIITTYVÄT VAARATAPAHTUMAT

Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen erikoistutkija Kaarin Ruuhilehto oli mukana laatimassa HaiPro-raportointijärjestelmään ilmoitettavia tapahtumatyyppejä sisältöineen. Lähtökohtana operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtumatyyppin luomiselle olivat olleet operatiiviset toimenpiteet ja niiden suorittamisen prosessit riskienhallinnan näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että tapahtumatyyppejä luotaessa huomioitiin millaisia eri vaaroja operatiivisen toimenpiteen suorittamisen prosessiin liittyy. Varsinaista teoriaan pohjautuvaa määritelmää käsitteelle ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” ei ole. Kyseinen tapahtumatyyppi on alakohtineen luotu Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen toimesta HaiPro:a käyttävien organisaatioiden eli Valtion teknillisen tutkimuslaitoksen asiakkaiden toiveiden mukaan. (Ruuhilehto 2011.)

Ruuhilehdon (2011) mukaan tarkkaa ja yksityiskohtaista luokitusta operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista ei alun perin tehty. Tarkoituksena oli, että HaiPro-raportointijärjestelmän käyttäjät täsmentäisivät itse keskuudessaan mihin luokkiin mitäkin tapahtumia merkitään ja millaisia tapahtumia ilmoitetaan. Tämä ei kuitenkaan käytännössä toteutunut. HaiPro:n käyttäjät halusivat käyttää valmiiksi annettua yhteistä täsmentämätöntä luokitusta vertailtavuuden vuoksi. HaiPro-raportointijärjestelmän ja siihen kuuluvien tapahtumatyyppien kehittämisen lähtökohtana ei Ruuhilehdon (2011) mukaan ole missään vaiheessa ollut vaaratapahtumien vertailu. Hän painottaa, että tavoitteena HaiPro-raportointijärjestelmässä on nimenomaan vaaratapahtumista oppiminen ja sitä kautta oman toiminnan kehittäminen. Pää tavoitteena on siis parempi potilasturvallisuus, johon yksilö voi toiminnallaan vaikuttaa. (Ruuhilehto 2011.)

Opinnäytetyömme keskeisin käsite on ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvät vaaratapahtumat”. Se on yksi HaiPro-raportointijärjestelmään Päijät-Hämeen keskussairaalassa ilmoitettavasta kahdestatoista vaaratapahtumatyypistä. Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvät vaaratapahtumat ovat HaiPro-raportointijärjestelmässä jaettu kahdeksaan eri alaluokkaan (Liite 3). Tapahtumatyyppien alakohtia ovat:

- väärä potilas
- väärä operointikohde
- tapaturma tai vahingoittuminen operaation yhteydessä
- vierasesineen jääminen tai rikkoutuminen potilaan sisälle
- epästeriilin instrumentin käyttö tai epästeriili toiminta
- suunniteltu toimenpide peruuntui
- muu, mikä
- ei tiedossa (HaiPro 2010d.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen päätavoitteena oli tuottaa kuvaus kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemuksista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta HaiPro-raportointijärjestelmään. Työn päämääränä oli potilasturvallisuuden kehittäminen.

Tavoitteena oli saada tietoa HaiPro-raportointijärjestelmän operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemusten pohjalta. Tutkimustiedon pohjalta voidaan tehdä johtopäätöksiä potilasturvallisuuden kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi muun muassa tutkimuksessa mukana olevilla kirurgian vuodeosastoilla 41–42.

Tutkimuksen toteutuksessa käytettävän kirjallisen kyselyn myötä oli tarkoitus muistuttaa kirurgian vuodeosastojen 41–42 työntekijöitä HaiPro-raportointi-

järjestelmän olemassaolosta ja siitä kuinka tärkeää on tehdä ilmoituksia myös operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvistä potilasturvallisuustapahtumista.

Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli perehtyä potilasturvallisuuteen ja HaiPro-raportointijärjestelmään. Opinnäytetyön myötä HaiPro-raportointijärjestelmän käytöstä tulee työelämään siirtyessämme luonteva osa hoitotyötä ja osaamme asennoitua virheiden käsittelyyn ammattimaisella tavalla. Ymmärrämme myös kuinka tärkeä työkalu HaiPro-raportointijärjestelmä potilasturvallisuuden parantamisen kannalta on ja osaamme antaa sille asiaankuuluvan arvon. Omalla esimerkillämme voimme tulevissa työyhteisöissämme lisätä HaiPro-raportointijärjestelmän tunnettavuutta, käyttöä ja virheistä oppimista.

Tutkimuksen tavoitteet loivat pohjan tutkimuskysymyksille, joita ovat:

1. Millä tavalla kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajat ymmärtävät HaiPro-raportointijärjestelmään kuuluvan käsitteen ”operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”?
2. Millaisia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenee sairaanhoitajien kokemana?
3. Millainen kokemus kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajilla on operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta HaiPro-raportointijärjestelmään?
4. Miten operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumailmoitusten tekemistä HaiPro-raportointijärjestelmään voitaisiin kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemusten mukaan lisätä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole yleistysten tekeminen vaan tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa ilmiölle pyritään antamaan mielekäs tulkinta ja ymmärtämään sitä syvällisesti. (Kananen 2008, 24–25.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on, että lukkoon lyötyjä ennakko-oletuksia tutkimuksen tuloksista ei ole eli tutkija olettaa saavansa tutkittavilta sellaista tietoa, mitä hänellä itsellään ei välttämättä ole (Kananen 2008, 28; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2010). Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän koska tarkoituksenamme oli kuvata kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien omia käsityksiä ja kokemuksia tutkittavista asioista. Tutkimuskysymyksillä oli tarkoitus saada tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja ymmärtää sitä tutkimuksessa saadun tiedon avulla.

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on yleensä suhteellisen pieni ja se hankitaan usein todellisesta, luonnollisesta ympäristöstä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2010). Laadullisessa tutkimuksessa määrää tärkeämpää on aineiston laatu (Kananen 2008, 35). Laadullisen tutkimuksen tyypillisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto sekä kysely. Haastattelu on yksi tavallisimmista laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2010; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Halusimme kuitenkin saada jokaisen sairaanhoitajan äänen kuuluviin, joten päädyimme toteuttamaan aineiston hankinnan kirjallisen kyselyn avulla haastattelemisen sijaan.

Aineistonkeruuta kirjallisen kyselyn avulla puolsivat myös ajankäytön, opinnäytetyön tekemiseen varatun ajan sekä muiden opintojen asettamat rajat. Nykyisten resurssien puitteissa olisi ollut mahdotonta haastatella kaikkia kahden osaston sairaanhoitajia. Haastattelun tekeminen on aikaa vievää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Tämä tutkimus oli opinnäytetyöntekijöiden ensimmäinen joten kokematto-

muus haastattelun ja ylipäänsä tutkimuksen tekemisessä puolsivat kirjallisen kyselyn valintaa tutkimusaineiston hankintamenetelmäksi.

Kirjallisen kyselyn kysymykset olivat avoimia ja jokainen vastaaja sai vastata niihin vapaasti omin sanoin. Näin pyrimme saamaan jokaisen vastaajan omat näkemykset ja kokemukset esiin.

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja hyödynsaajat

Opinnäytetyö toteutettiin Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymän keskussairaalan operatiivisen tulosalueen kirurgian vuodeosastoilla 41–42. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajat. Opinnäytetyön hyödynsaajina ovat Päijät-Hämeen keskussairaalan hoitotyön laadusta vastaavat ylihoitajat ja esimiehet, jotka hyödyntävät tutkimusta työssään. Lisäksi tutkimuksesta hyötyvät Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 potilaat sekä työntekijät, HaiPro-raportointijärjestelmän kehittäjät, opinnäytetyön tekijät ja muut hoitotyön opiskelijat.

Kirurgian vuodeosasto 41 on tuki- ja liikuntaelinten vammoihin ja niiden jälkihoidon keskittynyt traumatologian osasto. Osastolla hoidetaan lonkkamurtumia, muita raajamurtumia sekä monivammapotilaita, selkärangan murtumia ja selkäydinvammoja. Potilaat tulevat osastolle usein päivystyksen kautta odottamaan leikkausta tai leikkauksen jälkeiseen hoitoon. (PHSOTEY 2010)

Kirurgian vuodeosasto 42 on tekonivelkirurgiaan ja lanneselän kirurgiaan erikoistunut ortopedian osasto. Osastolla hoidetaan potilaita, joille asetetaan tekonivel tai joille tehdään tekonivelen korjaus- tai uusintaleikkaus. Lanneselän kirurgian yleisin toimenpide on välilevytyrän poistoleikkaus. Lisäksi selän rappeuman dekompressioleikkaus-, selän jäykistys- ja olkanivelkirurgiset potilaat hoidetaan osastolla 42. Potilaat tulevat osastolle suunnitellusti ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Osastoilla 41- 42 työskentelee osaston-hoitajan lisäksi yhteensä 36 sairaanhoitajaa. (PHSOTEY 2010)

6.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto hankittiin kirjallisella kyselyllä, jossa oli kuusi avointa kysymystä (Liite 4.). Kirjallisen kyselyn kysymykset muodostettiin tutkimuskysymysten pohjalta. Kirjalliseen kyselyyn oli mahdollista vastata joko paperiselle vastauspohjalle tai sähköiselle Webropol-alustalle. Webropol on sähköinen työkalu jonka avulla voidaan kerätä ja analysoida aineistoa (Webropol 2010). Tässä tutkimuksessa Webropolia käytettiin aineiston keräämiseen sähköisessä muodossa. Sähköisen vastaustavan avulla haluttiin mahdollistaa myös niiden henkilöiden vastaaminen, jotka kokevat kyselyyn vastaamisen sähköisesti helpompana tai mielekkäämpänä. Jokainen sairaanhoitaja sai itse valita vastausmuodon. Kirjallisen kyselyn liitteenä oli saatekirje (Liite 5.) ja ohjeistus vastaamiseen.

Ennen aineiston keräämistä kyselystä kerrottiin kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajille osastojen yhteisessä osastokokouksessa. Näin haluttiin herättää sairaanhoitajien mielenkiinto kirjallista kyselyä kohtaan. Paperisien vastauslomakkeiden palauttamista varten osastolle jätettiin suljettu vastauslaatikko. Suora linkki sähköiseen vastauslomakkeeseen lähetettiin kunkin sairaanhoitajan sähköpostiin. Sähköisen linkin lähettäjänä toimi kirurgian vuodeosastojen 41–42 osastonhoitaja. Tutkimukseen rekrytoitavien sähköpostiosoitteet jäivät vain kyseisen osastonhoitajan tietoon.

Kirjalliseen kyselyyn annettiin 12 päivää aikaa vastata. Paperisia vastauksia pois noudettaessa havaittiin, että vastauksia oli tullut vain viisi kappaletta ja sähköisesti vastanneita ei ollut lainkaan (osastoilla työskentelee yhteensä 36 sairaanhoitajaa). Tämän myötä vastausaikaa päätettiin jatkaa kolmella päivällä. Osastonhoitajan kautta sairaanhoitajille lähetettiin muistutusviesti. Viestissä heille kerrottiin vastausajan jatkumisesta ja kehoitettiin vastaamaan kirjalliseen kyselyyn. Vastausaikaa kertyi siis yhteensä 15 päivää. Loppujen lopuksi kirjalliseen kyselyyn vastasi kuusi (N=6) sairaanhoitajaa.

6.4 Aineiston analyysi

Latvalan ja Vanha-Nuutisen (2001, 21–23) mukaan sisällönanalyysiä voidaan pitää laadullisen tutkimuksen perusanalysointimenetelmänä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata tutkimusaineiston sisältöä sanallisesti tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analysointi tarkoittaa käytännössä aineiston järjestämistä sellaiseen muotoon, että siitä voidaan analysoinnin jälkeen tehdä johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–106).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimuksen aineisto puretaan loogisen päättelyn ja tulkinnan avulla osiin, käsitteellistetään ja kootaan tutkimusongelmaan peilaten uudeksi kokonaisuudeksi johtopäätöksien tekoa varten (Latvala & Vanha-Nuutinen 2001, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Valitsimme tutkimuksemme analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska tarkoituksenamme oli tulkita kirjalliseen kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien kokemuksia eli tehdä analyysi ainoastaan kerätyn aineiston pohjalta.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on prosessi joka etenee vaiheittain. Prosessi alkaa analyysiyksikön valinnalla jota seuraa perusteellinen aineistoon tutustuminen. Varsinainen aineiston analysointivaihe alkaa aineiston pelkistämällä (reduointi), jota seuraa aineiston ryhmittely (klusterointi). Tämän jälkeen ryhmistä muodostetaan luokkia joita tulkitsemalla luodaan teoreettisia käsitteitä (abstrahointi). Prosessin viimeisenä vaiheena on analyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanha-Nuutinen 2001, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi-prosessi aloitettiin valitsemalla analyysiyksikkö, jonka määrää aina aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikkö voi olla kokonainen dokumentti tai yksittäinen sana tai lause. Analyysiyksikkö tulee määrittää ennen varsinaisen analyysin aloittamista. (Latvala & Vanha-Nuutinen 2001, 25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Valitsimme tutkimuksemme analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden sairaanhoitajien alkuperäisistä ilmaisuista. Analyysiyksikön valinta perustui tutkimuksemme tarkoitukseen saada tietoa sairaanhoitajien omien kokemusten pohjalta.

Valittuamme analyysiyksikön tutustuimme tahoillamme perusteellisesti kerättyyn tutkimusaineistoon. Tutkimusaineisto oli valmiiksi kirjallisessa muodossa kirjallisten kyselyiden pohjalta. Ennen analyysin tekemisen aloittamista kävimme tutkimusaineiston useasti myös yhdessä läpi. Perehdyimme lisäksi aineistolähtöistä sisällönanalyysiä koskevaan teorian tietoon. Näiden pohjalta aloitimme analyysin tekemisen.

Analysoimme jokaisen tutkimuskysymyksen erikseen (Liitteet 6–11.). Aluksi listasimme alkuperäiset ilmaisut taulukkoon allekkain. Ryhmittelimme samankaltaiset ilmaisut värikoodein. Tämän jälkeen muodostimme jokaisesta alkuperäisestä ilmaisusta pelkistetyn ilmauksen (Kuvio 2.). Pelkistetyllä ilmauksella tarkoitetaan alkuperäisen ilmaisun tiivistämistä siten, että ilmaisun oleellinen tieto säilyy (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109; Vilka 2005, 140).

| Alkuperäinen ilmaisu | Pelkistetty ilmaus |
|--|--|
| ”...hermovauriot, painumat, ihovauriot leikkaussalissa.” | Leikkaussalissa syntyneet hermo- ja ihovauriot |

KUVIO 2. Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 110) mukaan samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset tulee ryhmitellä. Jokainen ryhmä nimetään sen sisältöä parhaiten kuvaavalla käsitteellä, jota kutsumme työssämme alaluokaksi (Kuvio 3.). Ryhmittelyn tarkoituksena on tiivistää aineistoa yksittäisistä ilmauksista yhdistäviksi käsitteiksi eli alaluokiksi. Listasimme muodostamamme pelkistetyt ilmaukset taulukkoon allekkain jakaen samansisältöiset ilmaukset omiin ryhmiinsä. Tämän jälkeen nimesimme jokaisen ryhmän sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä.

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka |
|--|----------------------|
| Leikkaussalissa syntyneet hermo- ja ihovauriot | Leikkauskomplikaatio |

KUVIO 3. Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä.

Aineiston ryhmittelyvaiheen eli klusteroinnin jälkeen jatketaan aineiston teoreettisten käsitteiden muodostamisella eli abstrahoinnilla (Tuomi & Sarajärvi 2009,

111–112). Abstrahointivaiheessa yhdistimme samansisältöisiä alaluokkia yläluokiksi (Kuvio 4.). Yläluokat jotka muodostuivat ryhmittelyn, luokittelun ja käsitteellistämisen myötä ovat tutkimuksemme tuloksia joista tutkimuksemme johtopäätökset tehtiin.

| Alaluokka | Yläluokka |
|----------------------|----------------------------|
| Leikkauskomplikaatio | Leikkauksen aikana syntyvä |

KUVIO 4. Esimerkki aineiston teoreettisten käsitteiden muodostamisesta eli abstrahoinnista

Koko aineiston analyysin ajan vertasimme muodostamiamme ryhmiä ja luokkia alkuperäisiin lauseisiin jotta saisimme analyysistä mahdollisimman luotettavan.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Käsite ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”

Jokaisella kysymykseen vastanneella sairaanhoitajalla oli eri näkemys siitä mitä käsite ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” pitää sisällään. Vastausten perusteella yläluokiksi muodostuivat kokonaisvaltainen hoito, ohjeiden noudattamatta jättäminen, hoitoympäristö, hoitotyön luonne ja aika perspektiivi.

Kokonaisvaltainen hoito. Eräs sairaanhoitaja ymmärsi, että käsite ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hän koki, että käsite kattaa leikkauspotilaan hoidon kokonaisuudessaan.

”...laajempaa kuin pelkkä operatiivinen toimenpide eli mielestäni tähän kuuluu leikkaukseen tulevan potilaan hoidon kokonaisuus...”

Ohjeiden noudattamatta jättäminen. Eräs sairaanhoitaja ymmärsi käsitteen ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” tarkoittavan vaaratapahtumia, joita voi syntyä kun annettuja toimintaohjeita potilaan hoitoa koskien ei noudateta.

”Osastolla on selkeät toimintaohjeet potilaan hoidosta, monista yksittäisistä asioista ja jos niiden mukaan ei ole toimittu, mielestäni voi kyseessä olla vaaratapahtuma...”

Hoitoympäristö. Osa sairaanhoitajista ymmärsi käsitteen ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” hoitoympäristön näkökulmasta. Kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenevät vaaratapahtumat eivät heidän mielestään kuulu kyseisen tapahtumatyyppin alle. Sairaanhoitajat kokivat, että operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia ilmenee ainoastaan leikkaussalissa tai leikkausosastolla.

”Vaaratapahtuma tapahtuu tällöin leikkaussalissa.”

”... lähinnä leikkausosastolla tapahtuvat.”

”... leikattu jotain väärää, leikkausasento tai muu sellainen aiheuttanut potilaalle vaaran, leikkauksessa annettu väärää lääkettä...”

Hoitotyön luonne. Eräs sairaanhoitaja ymmärsi, että käsite ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” ei liity kirurgian vuodeosastojen 41–42 hoitotyöhön. Hän koki, että osastolla tehtävää hoitotyötä kuvaisi paremmin jokin muu käsite.

”Paremmiin kir 41–42:lla kuvaisi operatiivisen potilaan hoitoon liittyvät vaaratapahtumat osastolla...”

Aika perspektiivi. Jotkut sairaanhoitajista ymmärsivät käsitteen ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” ajan näkökulmasta. Heidän mielestään käsite kuvaa operatiivisen toimenpiteen aikana tapahtuvia vaaratapahtumia.

”Leikkauksessa tapahtunut tapahtuma potilaalle, leikkauksen jälkeen tapahtunut tapahtuma potilaalle.”

”... lähinnä leikkauksen aikana.”

Toisaalta osa sairaanhoitajista koki, että käsite kuvaa vaaratapahtumia leikkausvalmisteluista ensimmäiseen leikkauksen jälkeiseen päivään asti.

”... vaaratapahtumia, jotka voivat tapahtua valmistelussa toimenpiteeseen, toimenpiteen aikana tapahtuvat ja 1 pop. päivään asti. Siitä eteenpäin mahdolliset vaaratapahtumat eivät ole enää toimenpiteeseen liittyviä.”

7.2 Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmeneminen

Kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenevistä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista nousi sairaanhoitajien kokemusten mukaan viisi selkeää yläluokkaa. Nämä olivat huolimattomuudesta johtuvat, työmoraalista johtuvat, leikkauksen aikana syntyvät, tiedonpuutteesta johtuvat ja odottamattomista muutoksista johtuvat vaaratapahtumat.

Huolimattomuudesta johtuvat. Kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenee useimpien sairaanhoitajien kokemusten mukaan huolimattomuudesta johtuvia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia joista yleisimpiä olivat lääkkeenantovirheet. Potilaalle annettiin esimerkiksi toisen potilaan lääkkeit.

”Joskus on annettu lääke väärälle potilaalle.”

”... Potilas on saattanut saada väärät lääkkeet ym.”

”... saanut toisen potilaan lääkkeit.”

Huolimattoman toiminnan seurauksena oli erään sairaanhoitajan kokemuksen mukaan viety tai meinattu viedä väärä potilas leikkaussaliin.

”... viedä väärä potilas saliin.”

Työmoraalista johtuvat. Jotkut sairaanhoitajat kokivat että kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmeni työmoraalista johtuvaa epästeriiliä toimintaa. He kokivat että kirurgisen hoitotyön perusasiassa, aseptiikassa, tapahtuu välillä lipsumisia.

”... hoitajan tulee huomioda aseptinen työskentely... kirurgisessa hoitotyössä perusasioita joissa valitettavasti aina välillä tapahtuu lipsumisia.”

”Haavasidosten vaihto epästeriilisti.”

Leikkauksen aikana syntyvät. Muutamat sairaanhoitajat kokivat, että osa kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenneistä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista syntyi leikkauksen aikana. Näitä olivat erilaiset leikkauskomplikaatiot kuten leikkaussalissa syntyneet hermo- ja ihovaurio, haavat, leikkausasennosta johtuvat lihaskivut ja raajan vahingoittuminen.

”Hermovauriot, painumat, ihovauriot leikkaussalissa.”

”Huono leikkausasento-> lihaskivut...”

Joidenkin sairaanhoitajien kokemuksen mukaan kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmeneviä vaaratapahtumia olivat myös verialtistumiset leikkauksen aikana tapahtuneen viiltotapaturman tai pistotapaturman seurauksena.

”Lääkäri viiltää leikkauksessa itseään sormiin.”

”Kirurgilla tulee pistotapaturma, tartuntariskit molemmiin puolin.”

Myös vierasesineen jääminen potilaan sisään leikkauksessa oli erään sairaanhoitajan kokemana kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenevä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma.

”Harvinaista, mutta joskus esim. ruuvin poiston yhteydessä ko. ruuvi onkin katkennut ja jäänyt luuhun, eikä sitä saatu poistettua.”

Tiedonpuutteesta johtuva. Kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenee osan sairaanhoitajien kokemana tiedonpuutteesta johtuvia vaaratapahtumia. Tiedonpuutteesta johtuvia vaaratapahtumia olivat epäselvän operointikohteen aiheuttamat tilanteet.

”...ei selkeästi tule ilmi kumpaa jalkaa leikataan, siten jää epäselväksi asia...”

Odottamattomista muutoksista johtuvat. Kirurgian vuodeosastoilla 41–42 ilmenee toisten sairaanhoitajien kokemuksen mukaan odottamattomista muutoksista johtuvia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia. Tällaisia olivat leikkauksen peruuntuminen joko kiireen, potilaan voinnin tai potilaan leikkauskelvottomuuden vuoksi.

”Suunniteltu toimenpide peruuntuu melko usein. Joh-tuen tosin yleensä potilaan voinnista. Potilas ei ole leikkauskuntoinen.”

”Joskus toimenpide peruuntuu, kun ei ehditä leikkaamaan.”

7.3 Kokemus omasta ilmoittamisesta

Kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemuksen mukaan oma ilmoittaminen operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvästä vaaratapahtumasta toteutuu lääkevirheistä tai osastolla havaitusta leikkauskomplikaatiosta. Yleisesti sairaan-

hoitajat kuitenkin kokivat, että ilmoitusta operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen ei tule tehtyä.

Lääkevirhe. Osa kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajista tekee ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen lääkevirheistä. Lääkevirheeksi osa sairaanhoitajista koki lääkkeenantoon liittyvät virheet, jolloin potilas on saanut väärät lääkkeet. Osa sairaanhoitajista koki lääkkeenantovirheeksi myös tilanteen, jolloin potilas on jäänyt ilman lääkkeitä.

”Väärät lääkkeet...”

”Ei ole saanut lääkettä.”

Osastolla havaittu leikkauskomplikaatio. Eräs sairaanhoitaja oli tehnyt ilmoituksen osastolla havaitusta leikkauskomplikaatiosta eli leikkaussalissa syntyneestä vauriosta joka oli vuotanut jälkeenpäin osastolla. Leikkaussalissa syntynyt vaurio oli instrumentin aiheuttama.

”...haavan lähistölle oli tullut jostain instrumentista leikkaussalissa pieni pistojälki, joka vuoti kudosnestettä jälkeenpäin...”

Ilmoituksia ei tehdä. Useimmat kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajista kokivat, etteivät tee ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen. Osa sairaanhoitajista koki, ettei yksinkertaisesti tee ilmoitusta. Toiset sairaanhoitajista kokivat, etteivät tee ilmoitusta operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen koska käsite koskee vain yhden vuorokauden aikana tapahtuvia vaaratapahtumia.

”En ole tehnyt yhtään ilmoitusta.”

”Operatiivisiin toim. pit. liittyvistä en ole tehnyt, koska mielestäni käsite koskee vain n. Ivrk ajankohtaa...”

7.4 Kokemus työtoverin ilmoittamisesta

Kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemusten pohjalta työtoverin ilmoittamista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä tapahtumista muodostui neljä yläluokkaa. Näitä yläluokkia ovat lääkevirhe, tekemättä jäänyt työ, väkivalta ja tapaturma.

Lääkevirhe. Useimmat sairaanhoitajat kokivat, että työtoverit ilmoittavat operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen lähinnä lääkevirheistä. Lääkevirheisiin liittyen työtoverit ilmoittavat sairaanhoitajien kokemuksen mukaan pääasiassa väärin lääkkeiden antamisesta.

”Väärät lääkkeet väärälle potilaalle on yleisin.”

”Väärän lääkkeen annosta...”

Tekemättä jäänyt työ. Jotkut sairaanhoitajista kokivat, että työtoverit ilmoittavat tekemättä jääneistä töistä, kuten puutteellisista leikkausvalmisteluista.

Puutteellisesta preoperatiivisesta valmistelusta.”

Väkivalta. Eräs sairaanhoitaja koki, että työtoverit tekevät ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen väkivallasta. Väkivallalla tarkoitettiin lievää pahoinpitelyä.

”Lieviä pahoinpitelyistä.”

Tapaturma. Osa sairaanhoitajista koki, että työtoverit tekevät ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä tapaturmista. Heidän mielestään tapaturmia olivat potilaan putoamiset ja pistotapaturmat.

”Potilaan putoamisesta.”

”Neulan pistosta itseensä.”

7.5 Kokemus ilmoitusten tekemisestä yleisesti

Kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien mukaan kaikista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista ei tehdä ilmoituksia.

Useimmat sairaanhoitajat kokivat yksiselitteisesti, ettei kaikista tapahtumista tehdä ilmoituksia.

”Ei tehdä.”

Osa sairaanhoitajista koki, ettei ilmoituksia tehdä mielenkiinnon puutteen vuoksi. Heidän mielestään ilmoitusta ei viitsitä tehdä tai ilmoituksen tekemiseen ei ole aikaa. Osa koki ilmoittamisen tekemisen vaikeaksi.

”Pieniä vaaratapahtumia tapahtuu usein, ei aikaa tai mielenkiintoa tehdä HaiProa...”

”Ei vaivauduta tekemään...”

”Ei. Koetaan ehkä vieraaksi/ hankalaksi.”

Jotkut sairaanhoitajista kokivat, että vain isommista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista luultavasti tehdään ilmoitus. Joidenkin sairaanhoitajien kokemus oli samankaltainen, he kokivat että pienimmistä operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvistä vaaratapahtumista, ihorikoista ei tehdä aina ilmoitusta.

””Isommista” vaaratapahtumista kyllä, luulisin...”

”Aivan pienistä... ei tehdä ilmoitusta.”

Eräs sairaanhoitaja koki, että ilmoituksia tehdään liian harvoin.

”Tehdään liian harvoin.”

7.6 Ilmoitusten tekemisen lisääminen

Kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien mukaan HaiPro-raportointijärjestelmän operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoitusten tekemisen lisäämisen yläluokiksi muodostuivat kouluttaminen, HaiPro-raportointijärjestelmän olemassaolosta muistuttaminen, tehtyjen ilmoitusten käsittely osastolle, ilmoitusten tekemisen konkreettisen tiedon esiintuominen ja asennoituminen ilmoituksen tekemistä kohtaan.

Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että vaaratapahtuma-ilmoitusten tekemiseen tulisi kouluttaa ja ilmoitusten teosta informoida enemmän.

”Koulutus.”

”Ilmoitusten teosta tulisi informoida enemmän.”

Erään sairaanhoitajan kokemuksen mukaan HaiPro-raportointijärjestelmän olemassaolosta tulisi myös muistuttaa. Hänen mukaansa koko HaiPro unohtuu välillä.

”Aina ei edes muista koko HaiProta.”

Joidenkin sairaanhoitajien kokemuksen mukaan tehtyjen vaaratapahtumailmoitusten käsitteleminen osastolla lisäisi ilmoitusten tekemistä.

”Ilmoitettujen vaaratapahtumien käsittely ja käydään läpi, mitä ilmoitetulle asialle on tehty.”

Osa kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajista koki, että olisi tärkeää nähdä ilmoituksen tekemisestä tuleva konkreettinen hyöty osastolla. Tämä olisi heidän mukaan yksi keino operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoitusten tekemisen lisäämiseen.

”... konkreettinen hyöty.”

Eräs sairaanhoitaja koki, että oikeanlaisella asennoitumisella ilmoituksen tekemiseen voitaisiin lisätä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtuma-ilmoitusten tekemistä. Hän koki, että ilmoitusten tekemisessä olisi ryhdistädyttävä. Sairaanhoitajan kokemuksen mukaan sekä hoitajien että lääkärin tulisi tehdä ilmoituksia enemmän.

”Hoitajien tulisi tehdä ilmoituksia enemmän, samoin myös lääkärin.”

7.7 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että selkeä yhteinen ymmärrys käsitteestä ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” puuttui. Jokainen kirjalliseen kyselyyn vastannut sairaanhoitaja ymmärsi käsitteen eri tavalla.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajat tekevät operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtuma-ilmoituksia kyseisen tapahtumatyyppin alakohtiin liittyen. Vastauksien perusteella lähestulkoon jokaiseen tapahtumatyyppin alakohtaan ilmoitettiin osastolla ilmeneviä vaaratapahtumia. Osa sairaanhoitajista kokee ilmoittaneensa väärän lääkkeen antamisesta potilaalle tapahtumatyyppin ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvät vaaratapahtumat” alle. Tutkimustulosten perusteella ei käy ilmi mitä lääkettä väärä potilas on saanut eli onko kyseessä ollut esimerkiksi operatiivista toimenpidettä varten annettava esilääkitys.

Saatujen tutkimustulosten perusteella suurin osa sairaanhoitajista ei tee ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista. Vain yksi sairaanhoitaja oli tehnyt ilmoituksen operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien tapahtumien alakohtaan liittyen. Sairaanhoitajat, jotka tekevät tapahtumatyyppiin liittyviä vaaratapahtuma-ilmoituksia tekevät niitä pääosin lääkevirheisiin liittyen. Lääkevirheille on HaiPro-raportointijärjestelmässä kuitenkin oma tapahtumatyyppi.

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että myös huomattavan suuri osa työtovereista tekee useimpien sairaanhoitajien mielestä ilmoituksia lääkevirheistä. Useimmat sairaanhoitajat kokivat selkeästi, että lääkevirheistä kuuluu ilmoittaa operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän tapahtumatyyppin alle. Työtoverit tekevät myös väkivaltaan ja tapaturmiin liittyvistä vaaratapahtumista ilmoituksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtumatyyppin alle. Väkivaltaan liittyville sekä tapaturmiin liittyville vaaratapahtumille on HaiPro-raportointijärjestelmässä omat tapahtumatyyppinsä.

Kaikki kirjalliseen kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että kaikista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvistä vaaratapahtumista ei tehdä ilmoitusta HaiPro-raportointijärjestelmään. Tulosten perusteella syinä ilmoituksen tekemättä jättämiseen olivat lähinnä asenteet, mielenkiinnon puute, kokemus siitä ettei pienimmistä vaaratapahtumista tarvitsisi tehdä tai kokemus siitä, että ilmoituksen tekeminen on vaikeaa.

Sairaanhoitajien vastausten pohjalta nousi ehdotuksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtuma-ilmoitusten tekemisen lisäämisen keinoiksi. Sairaanhoitajat toivoivat kouluttamista esimerkiksi ilmoitusten tekemiseen liittyen, HaiPro-raportointijärjestelmästä muistuttamista, ilmoitettujen vaaratapahtumien läpikäymistä osastolla sekä konkreettisen hyödyn näkemistä. Osa sairaanhoitajista koki, että hoitajien ja lääkäreiden tulisi ryhdistäytyä ilmoituksen tekemiseen.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää millä tavalla kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajat ymmärtävät HaiPro-raportointijärjestelmään kuuluvan käsitteen ”Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”, millaisia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia kirurgian vuodeosastoilla

41–42 ilmenee sairaanhoitajien kokemana, millainen kokemus kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajilla on operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta HaiPro-raportointijärjestelmään ja miten ilmoittamista voitaisiin lisätä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että jokainen sairaanhoitaja ymmärsi käsitteen ”Operatiivisen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma” erilailla. Jotkut sairaanhoitajista eivät osanneet määritellä käsitettä selkeästi. Tämä voi mielestämme olla yksi syy siihen, että operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumailmoituksia tehdään vähän.

Olimme antaneet kirjallisen kyselyn toiseen kysymykseen vaihtoehdot a., b., c... jne. operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän tapahtumatyyppin alaluokkien mukaan. Alaluokat päätettiin mainita, jotta kysymykseen olisi helpompi vastata ja jotta sairaanhoitajat ymmärtäisivät heti kysymystä lukiessaan, minkälaisia vaaratapahtumia kyseisen tapahtumatyyppin alle tulisi ilmoittaa. Pohdimmekin jällenpäin, olisivatko sairaanhoitajien vastaukset olleet kovinkin erilaiset, jos alaluokat olisi jätetty kirjallisessa kyselyssä mainitsematta. Olisivatko sairaanhoitajat ylipäänsä vastanneet alakohtiin liittyviä asioita, jos tapahtumatyyppin alakohtia ei olisi mainittu? Nyt vastauksiksi saadut osastoilla ilmenevät vaaratapahtumat liittyvät pääasiassa suoraan johonkin operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtuman alakohtaan, lukuun ottamatta lääkevirheestä ilmoittamista. Lääkevirheitä varten on HaiPro-raportointijärjestelmässä oma tapahtumatyyppi.

Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia voi olla vaikea ilmoittaa oikean tapahtumatyyppin alle, koska HaiPro-raportointijärjestelmän tapahtumatyyppijä alakohtineen ei mielestämme ole tarpeeksi selkeästi määritelty. Useita vaaratapahtumia voi periaatteessa ilmoittaa muutamankin tapahtumatyyppin alle (Liite 3.). Esimerkiksi kysymyksessä kaksi sairaanhoitajaa ilmoittivat lääkevirheistä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtumatyyppin alle. Vaikka kyseessä olisikin ollut esilääkityksen antaminen väärälle potilaalle ennen operaatiota, vaaratapahtuma liittyy selkeästi sekä lääkevirheeseen että operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtumatyyppin alakohtaan ”Väärä potilas”. Olisi siis tarpeen tarkentaa, mitä asioita kunkin tapahtumatyyppin alle HaiPro-

raportointijärjestelmässä oikeasti ilmoitetaan. Suurin osa vaaratapahtumista voitaisiin estää, jos selvitetäisiin niiden syntyyn vaikuttaneet syyt ja opittaisiin tätä kautta virheestä. (Leinonen, Pekurinen & Räikkönen 2008, 104.) Osa sairaanhoitajista saattaa jättää ilmoituksen tekemättä juurikin siksi, ettei tarkalleen tiedä minkä tapahtumatyyppin alle ilmoitus vaaratapahtumasta pitäisi tehdä. Tämän myötä virheistä ei voida oppia.

Hulkarin (2006, 52) mukaan jokaisella organisaatiolla on oma, hyvää laatua ohjaava järjestelmä joka koostuu organisaation sisällä yhteisesti sovituista säännöistä jotka ohjaavat käytännön toimintaa laadullisesti paremmaksi. Vuosikymmenien kuluessa hoidon laatua on tarkasteltu eri näkökulmista. Vielä 90-luvulla hoidon laatua tarkasteltiin potilaslähtöisesti asiakkaan näkökulmasta. 2000-luvulla hoidon laadun tarkastelu on keskittynyt johtamisen näkökulmaan. (Kvist 2004, 24.) Tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajat toivoivat kouluttamista operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtuma-ilmoituksen tekemisestä HaiPro-raportointijärjestelmään. Organisaation johdon tulisi huomioida tämä toive. Reimanin ym. (2009, 65) mukaan johto luo puitteet organisaation turvallisuuskulttuurille, joten johdon tehtävänä on järjestää koulutusta esimerkiksi ilmoituksen tekemiseen liittyen.

Kehittämistarpeita voidaan tunnistaa tutkimustietoa keräämällä ja aineistoa analysoimalla. Vaaratapahtumista saadun tiedon pohjalta voidaan yleisesti kehittää toimintaa niin, ettei vastaavanlaisia vaaratapahtumia tapahtuisi jatkossa. (Leinonen, Pekurinen & Räikkönen 2008, 104.) Opinnäytetyömme tulokset ovat käytännössä hyödynnettäviä. Ne kuvaavat sairaanhoitajien kokemuksia operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtuma-ilmoituksien tekemisestä kirurgian vuodeosastoilla 41–42. Tulosten perusteella nousee monia kehitysehdotuksia ja jatkotutkimusaiheita potilasturvallisuuden edistämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tutkimustulosten pohjalta nousseisiin ongelmakohtiin tulee käytännössä puuttua. Tuloksien kautta saatiin tietoa syistä, joiden vuoksi vaaratapahtuma-ilmoituksia ei tehdä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyen. Lisäksi muistutimme sairaanhoitajia HaiPro-raportointijärjestelmän olemassa olost. Tämä toive nousi myös erään kirjalliseen kyselyyn vastanneen sairaanhoitajan toiveesta, koskien ilmoitusten tekemisen lisäämistä. Myös esimerkiksi HaiPro-raportointi-

järjestelmää kannattaisi tutkimustulostemme perusteella kehittää, jotta ilmoitusten tekeminen HaiPro-raportointijärjestelmään olisi helpompaa.

Opinnäytetyö herätti myös valtakunnallisesti kiinnostusta. Olimme työtä tehdessämme yhteydessä Valtion teknillisen tutkimuslaitoksen erikoistutkijaan Kaarin Ruuhilehtoon, joka totesi aiheen olevan erittäin mielenkiintoinen ja tarpeellinen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmällä, kirjallisella kyselyllä, jossa oli kuusi avokysymystä. Pohdimme työtä tehdessämme valitun tutkimusmenetelmän toimivuutta. Kirjalliseen kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien vastauksista saattoi joissain kohdissa puuttua perusteluita. Joidenkin kysymysten kohdalla olisimme kaivanneet lisää tietoa sairaanhoitajien mielipiteistä. Pohdimme muutamien vastausten kohdalla lisäksi sitä, ovatko kaikki kirjalliseen kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat oikeasti miettineet vastauksiaan vai vaan vastanneet asian joka ensimmäisenä aiheeseen liittyen mieleen juolahtaa. Kirjallisen kyselyn kysymysten ymmärtäminen vaati mielestämme lukijalta keskittymistä. Jos olisimme keränneet tutkimuksen aineiston haastattelun avulla, esimerkiksi teemahaastattelun keinolla, olisimme voineet tarkentaa vastauksia kunkin kysymyksen kohdalla. Toisaalta tällöin emme olisi saaneet kuin muutaman sairaanhoitajan kokemukset esiin. Kirjallinen kysely mahdollisti sen, että kaikilla sairaanhoitajilla oli mahdollisuus vastata ja tuoda omat kokemuksensa esiin. Lisäksi haastattelu vie Tuomen & Sarajärven mukaan (2009, 74) paljon aikaa.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen keväällä 2010. Alkuperäisen suunnitelman mukaan varasimme opinnäytetyön tekemiseen aikaa noin puoli vuotta. Työtä tehdessämme muutimme suunnitelmiamme työn vaatimalla tavalla realistisemmaksi. Tavoitteenamme oli julkaista valmis opinnäytetyö huhtikuussa 2011. Tämä suunnitelma piti.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tietoperustana pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita. Käytetyt lähteet ovatkin pääasiassa julkaistu vuoden 2006 jälkeen. Lähdeaineistoa käytettäessä pyrittiin huomioimaan asiakokonaisuudet jotta tulkinnat asioista pysyivät luotettavina.

Tutkimuksen aineisto hankittiin kirjallisen kyselyn avulla jonka kysymykset olivat avoimia. Avoimet kysymykset mahdollistavat vastaajalle tilaisuuden tuoda hänen todelliset ajatuksensa ilmi eivätkä pakota vastaajaa vastaamaan tiettyjen valmiiksi laadittujen vaihtoehtojen mukaan (Hirsjärvi ym. 2000, 187–188). Tämän perusteella voimme pitää saatuja vastauksia vastaajien omina ajatuksina ja kokemuksina mikä oli tarkoituskin. On mahdollista, että osastojen sairaanhoitajat ovat yhdessä keskustelleet kirjallisen kyselyn kysymyksistä ja sitä kautta toisten sairaanhoitajien käsitykset kysyttävistä asioista ovat vaikuttaneet omiin vastauksiin. Saadut vastaukset kuitenkin erosivat toisistaan joten voidaan olettaa, että jokainen vastaaja on tuonut kuitenkin omat ajatuksensa ja kokemuksensa vastauksiin.

Kirjallisen kyselyn kysymykset laadittiin suoraan tutkimuskysymysten pohjalta. Kysymysten ymmärrettävyyttä ja toimivuutta testattiin ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista kahdella Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastolla työskentelevällä sairaanhoitajalla, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen tutkimukseen. Heiltä saadun palautteen perusteella kirjalliseen kyselyyn ei tehty enää muutoksia.

Ennen tutkimusaineiston keräämistä kävimme kertomassa tulevasta kyselystä osastojen osastokokouksessa. Tästä oli sovittu osastonhoitajan kanssa etukäteen. Tällä tavoin haluttiin herättää osaston sairaanhoitajien mielenkiinto tutkimusta kohtaan ja sitä kautta lisätä kyselyyn vastaajien määrää, joka lisäisi tutkimuksen luotettavuutta.

Kirjalliseen kyselyyn oli mahdollista vastata joko paperiselle vastauspohjalle tai sähköiselle Webropol-alustalle. Jokainen sairaanhoitaja sai itse valita vastausmuodon. Tällä haluttiin varmistaa että jokaiselle kyselyyn vastaajalle löytyisi mie-

lekäs tapa vastata kyselyyn ja saataisiin mahdollisimman moni sairaanhoitaja ottamaan osaa tutkimukseen. Viisi sairaanhoitajaa vastasi paperiselle vastauspohjalle ja vain yksi sähköiselle Webropol-alustalle. Molemmat vastaustavat säilyttivät vastaajan anonymiteetin. Kyselylomakkeessa ei kysytty vastaajan ikää, työsuhteen pituutta, sukupuolta tai muita vastaavia taustatekijöitä koska niillä ei katsottu olevan merkitystä tutkimustulosten tai tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

Kanasen (2008, 37) mukaan tutkittavien pitäisi tietää tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiinkin Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajat. Osastojen sairaanhoitajat ovat asiantuntijoita niin operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän hoitotyön osalta kuin HaiPro-raportointijärjestelmän osalta. Valittujen osastojen sairaanhoitajat tekevät nimenomaan operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvää hoitotyötä ja heillä on mahdollisuus käyttää HaiPro-raportointijärjestelmää päivittäin. Voidaan siis olettaa, että he ovat oikea kohderyhmä vastaamaan HaiPro-raportointijärjestelmää ja operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä vaaratapahtumia koskevaan tutkimukseen.

Aineiston riittävyys on yksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittari. (Kananen 2008, 124). Laadullisessa tutkimuksessa vastaajien suhteen ei ole selvää määräsääntöä. Yksikin vastaaja on tärkeä ja riippuu tilanteesta, kuinka monta vastaajaa on riittävä määrä (Kananen 2008, 34–36). Yleisesti laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan pitää riittävänä kun havaintoyksiköitä on niin monta, etteivät uudet tapaukset enää muuta tulkintaa (Kananen 2008, 34).

Tässä tutkimuksessa vastaajia saatiin yhteensä kuusi (N=6). Alun perin tutkimuksen kirjalliseen kyselyyn annettiin aikaa vastata 12 päivää jonka aikana saatiin viisi vastausta. Päätimme jatkaa vastausaikaa jotta saataisiin mahdollisimman monen sairaanhoitajan kokemukset esiin. Lähetimme osastonhoitajan kautta sairaanhoitajille muistutuskirjeen tutkimuksesta sekä pyysimme osastonhoitajaa muistuttamaan suullisesti tutkimukseen vastaamisesta osastolla. Tutkimuksen aikataulun ollessa hyvin tiivis vastausaikaa oli mahdollista jatkaa vain kolmella päivällä. Vastausajan jatkamisen sekä tutkimuksesta muistuttamisen tuloksena saatiin vielä yksi vastaus lisää. Vaikka kirjalliseen kyselyyn vastasi vain 6 sai-

raanhoitajaa on huomioitava, että laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrää tärkeämpää on sen laatu (Kananen 2008, 35).

Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Analyysistä pyrittiin saamaan mahdollisimman luotettava. Ennen varsinaisen tutkimuksen sisällönanalyysin tekemistä tutustuimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin teorian tietoon ja harjoittelimme sisällönanalyysin tekemistä harjoitusmateriaalin pohjalta. Tämän jälkeen tutustuimme perusteellisesti varsinaiseen tutkimusaineistoon. Vertasimme koko aineiston analyysin ajan muodostuneita ryhmiä ja käsitteitä alkuperäisiin ilmaisuihin, jotta asiasisältö säilyi samana. Analyysiä tehdessämme ajatuksemme olivat varsin samansuuntaisia analyysin etenemisestä, ryhmistä ja syntyneistä käsitteistä, jonka voidaan ajatella lisäävän analyysin luotettavuutta. Analyysiä tehdessämme pyrimme pitämään omat mielipiteensä ja ajatuksensa ominamme, sillä mielestämme analyysistä tulee sitä luotettavampi mitä vähemmän tutkija tuo analyysivaiheessa omia mielipiteitään ja ajatuksiaan siihen mukaan. Analyysi on kokonaisuudessaan kaikkine vaiheineen nähtävissä opinnäytetyön liitteenä (Liitteet 6–11.), jotta lukija voi seurata analyysin kulkua. Laadullista tutkimusprosessia voidaan pitää luotettavana silloin kun tutkijan tekemät tulokset vastaavat tutkittavan käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä (Vilka 2005, 158).

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on antanut ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että noudatetaan eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä (Vilka 2005, 30). Pyrimme suunnittelemaan ja toteuttamaan opinnäytetyön yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Asetimme tutkimuskysymykset kaikkien opinnäytetyötoimijoiden hyväksymällä tavalla.

Kananen (2008, 134) mukaan tutkimuksessa pyritään aina totuuteen. Tämä oli myös tämän opinnäytetyön lähtökohta ja siihen pyrittiin systemaattisesti. Huomioimme toisten tutkijoiden saavutukset osoittamalla tarkoin lähdeviittein tekstissä omat ja toisten tutkijoiden tulokset. Käytimme opinnäytetyössämme aineistona

tieteellistä tietoa. Koko opinnäytetyöprosessin ajan pyrimme noudattamaan huolellisuutta ja tarkkuutta joten hyvän tieteellisen käytännön loukkaamiselta ja vilpiltä vältyttiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002; Vilka 2005, 30–31.)

Tutkimuksessa, joka kohdistuu ihmisiin, on ensisijaisesti kunnioitettava tutkittavan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta (Pelkonen & Louhiala 2002, 129.) Yksi tutkimusetiikan perusteista on, että tutkittavalle on hänen halutessaan taattava mahdollisuus säilyttää anonymiteetti tutkimuksen ajan (Mäkinen 2006, 114). Kerroimme tutkimukseen rekrytoitaville kirjallisen kyselyn saatekirjeessä, että tutkimukseen vastataan anonymisti. Emme keränneet tutkimukseen osallistuvilta henkilötietoja tai muita taustatietoja kirjallisessa kyselyssä. Paperisille vastauslomakkeille vastanneet palauttivat täyttämänsä vastaus-lomakkeet osastojen kahvihuoneeseen toimittamaamme suljettuun palautus-laatikkoon.

Kirjalliseen kyselyyn oli mahdollista vastata myös sähköisesti Webropol- kyselyalustalle. Kyseinen Webropol-alusta luotiin juuri tämän tutkimuksen kysymyksiä varten. Kyselyn kohderyhmälle lähetettiin sähköpostitse saatekirje jonka linkistä pääsi suoraan Webropol-kyselyn vastausalustalle. Sähköpostin lähetti osastojen 41–42 osastonhoitaja. Vastaukset tallentuivat Webropol-alustalle ja niitä pääsivät tarkastelemaan ainoastaan tutkimuksen toteuttajat. Anonymiteetti säilyi myös tällä vastautavalla, sillä tutkimukseen rekrytoitavien sähköposti-osoitteet jäivät vain kyseisen osastonhoitajan tietoon.

Laadimme tutkimusta varten henkilörekisteriselosteen (Liite 12.) jonka liitteeseen osastonhoitaja luetteli tutkimukseen rekrytoitavien sairaanhoitajien sähköposti-osoitteet. Liite on salainen ja jäi osastonhoitajan säilytettäväksi. Tiedot eivät tulleet, eivätkä tule opinnäytetyöntekijöiden tietoon missään vaiheessa.

Tämän tutkimuksen analyysi on kaikkine vaiheineen lukijan luettavissa (Liitteet 6–11.), jolloin myös vastausten alkuperäiset ilmaukset ovat nähtävillä. Rikastimme tutkimuksen tuloksien käsittelyä suorilla lainauksilla tutkimukseen vastanneiden sairaanhoitajien alkuperäisistä ilmauksista. Mäkisen (2006, 120) mukaan tutkijan on varmistettava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteetti

aineistossa. Tässä tutkimuksessa kyselyyn vastanneita ihmisiä ei voida yhdistää vastauksiin tai tutkimuksesta saatuihin tuloksiin.

Eettisyyttä on hyvä pohtia myös tutkimusaineiston käsittelemisen kannalta. Tutkimusaineisto on luottamuksellista ja sitä ei saa käyttää muuhun tarkoitukseen kuin mitä toimeksiantosopimuksessa on sovittu. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen aineisto on hävitettävä tai sille on vaihtoehtoisesti haettava arkistointilupaa. (Mäkinen 2006, 148.) Tämän opinnäytetyön tutkimusaineistoa säilytimme lukollisessa kaapissa. Aineiston analysoinnin jälkeen tuhosimme kaikki vastaukset. Näin varmistimme, ettei kukaan ulkopuolinen pääse käsiksi tutkimusaineistoon ja tutkimuksen luottamuksellisuus säilyy.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyömme tulosten pohjalta nousi useita jatkotutkimusaiheita. Hankkeistettuna opinnäytetyönä voisi toteuttaa esimerkiksi koulutustilaisuuksia. Kouluttamisen tarve nousi myös tutkimuksemme tuloksista vastaajien kokemusten pohjalta. Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahtuma-ilmoitusten tekemistä voitaisiin opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan lisätä kouluttamisella. Koulutusta tai infotilaisuuksia voisi järjestää esimerkiksi vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen liittyen. Sairaanhoidtajien kanssa olisi hyvä käydä kertauksena läpi, kuinka ilmoitus HaiPro-raportointijärjestelmään tehdään.

Kuten Ruuhilehto (2011) totesi, HaiPro-raportointijärjestelmää kehiteltäessä tarkoituksena oli, että kaikki HaiPro-raportointijärjestelmän käyttäjät tarkentaisivat omatoimisesti tapahtumatyyppien merkityksen eli määrittelisivät itse mitä kunkin tapahtumatyyppin alle merkitään ja millaisia tapahtumia ylipäänsä ilmoitetaan. Tämä tapahtumatyyppien tarkentaminen on jäänyt tekemättä, koska tuloksia haluttiin vertailla. Tämän perusteella yksi laaja jatkotutkimusehdotus onkin tapahtumatyyppien kehittäminen ja määrittely organisaation tarpeita palvelevaksi. Tästä voisi tehdä esimerkiksi ohjelehtisen osastojen käyttöön.

Päijät-Hämeen keskussairaalan käyttöön voitaisiin kehittää oma, selkeä ja entistä tarkempi määritelmä jokaisesta tapahtumatyyppistä. Tapahtumatyyppien tulisi palvella eri osastojen tarpeita. Tapahtumatyypit ja tyyppien alakohdat olisi siksi hyvä määritellä keskussairaalan osastojen käyttöön sopiviksi. Työntekijöiden olisi luultavasi helpompi tehdä ilmoituksia jos heillä olisi käytössään selkeämmät ohjeet siitä, mitä kunkin tapahtumatyyppin tai alakohdan alle ilmoitetaan.

Tämän opinnäytetyön aiheeseen liittyen olisi hyvä laatia selkeät ohjeet mitä operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvään vaaratapahtumatyyppiin liittyen ilmoitetaan. Näin ilmoittaja tietäisi mitä kyseisen tapahtumatyyppin kohdalla tarkalleen ilmoitetaan ja ilmoitus ei jäisi tekemättä ainakaan sen vuoksi, ettei ymmärrä mitä tapahtumatyyppi tarkoittaa. Toisin sanoen jatkotutkimusaiheena voisi olla Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvän vaaratapahtumatyyppin selkeämpi määritelmä.

LÄHTEET

Alinen, P. 2008. HaiPro raportointijärjestelmän käyttöönotto ja alkuvaiheen kokemukset sekä käytännön kehittämis ehdotukset Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. PD-lopputyö. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän monistamo.

ESS. 2009. Potilasturvan puutteita syynätään sähköisesti. 29.1.2009 [viitattu 14.11.2010]. Saatavissa: <http://www.ess.fi/?article=223949>

ESS. 2009. Suomen potilasturvallisuus naapureita jäljessä. 18.1.2009 [viitattu 14.11.2010]. Saatavissa: <http://www.ess.fi/?article=222531>

HaiPro. 2010a. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä [viitattu 5.8.2010]. Saatavissa: <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>

HaiPro. 2010b. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje [viitattu 15.11.2010]. Saatavissa: http://www.haiopro.fi/ohjeet/haipro_ilmoittajan_ohje.pdf

HaiPro. 2010c. HaiPro-prosessi [viitattu 2.3.2011]. Saatavissa: http://www.haiopro.fi/ohjeet/haipro_prosessi.pdf

HaiPro. 2010d. Ilmoitettavat tapahtumat ja tapahtumatietojen luokitus [viitattu 17.12.2010]. Saatavissa: http://www.haiopro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Holi, T. 2007. Virheiden käsittely mahdollistaa potilasturvallisuuden parantamisen. Suomen lääkärilehti. Vol. 62, no. 34, p. 2927-2928 [viitattu 14.11.2010]. Saatavissa Nelli –tietokannassa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL342007-2927.pdf>

Hulkari, K. 2006. Työssäoppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Hämeen ammattikorkeakoulu 2010. Määrällinen (kvantitatiivinen) tutkimus [viitattu 21.8.2010]. Saatavissa:

<http://www.elearningcentre.hamk.fi/tko/menetelmat/maarallinen.html>

Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuus kuuluu kaikille. Suomen lääkärilehti. Vol.65, no. 12, p. 1083.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius J. 2007. Terveystenhuollon vaaratapah-
tumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007 [viitattu 15.11.2010]. Saa-
tavissa:

http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Hapro_julkaisu_verkko.pdf

Kohn, J., Corrigan, J. & Donaldson, M. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (IOM) [viitattu 21.11.2010]. Saatavissa:

http://www.nap.edu/previewwidget.php?record_id=9728&wid=193166761552009032343506

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu- potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja [viitattu 2.4.2011]. Saatavissa:

<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-950-1.pdf>

Laakkonen, M. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E., & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21-43.

Leinonen, T., Pekurinen, M. & Räikkönen, O. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes, Raportteja 38/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Niemi, A. 2006. Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä – kulttuurinen näkökulma [viitattu: 22.1..2010]. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514282949/isbn9514282949.pdf>

Pasternack, A. 2010. Virhe on mahdollisuus oppia. Suomen lääkärilehti. Vol. 65, no. 12, p.1129–1130.

Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus.

PHKS. 2011. HaiPro-raportointijärjestelmä [viitattu 8.4.2011]. Saatavissa: Päijät-Hämeen keskussairaalan infokanava.

PHSOTEY. 2010. Ortopedia ja traumatologia [viitattu 30.12.2010]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1448&vy=9977&ryhma=320>

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2009. Vaaratapahtumista oppiminen- opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Versio 3.11.2009: VTT.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 63-76.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT [viitattu 21.11.2010]. Saatavissa:

<http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>

Ruuhilehto, K. 2011. Re: Apua opinnäytetyöhön? [sähköpostiviesti]. Vastanottaja Piilonen, P. Lähetetty 26.3.2011.

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2010. KvaliMOTV. [viitattu 21.11.2010]

Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Snellman, E. 2008. Potilasturvallisuuden linjaukset Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 17.11.2010]. Saatavissa:

http://www.haipro.fi/aineisto/SNELLMAN_Vaasa_281008.pdf

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 29-40.

Socialstyrelsen. 2009. Nationella indikatorer för God vård- Hälso- och sjukvårds- övergripande indikatorer- Indikationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Artikel publicerad:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 [viitattu 11.12.2010]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes, Työpapapereita 28/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvän tieteellisen käytännön ohjeet [viitattu 17.8.2010]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm#kaytanto>.

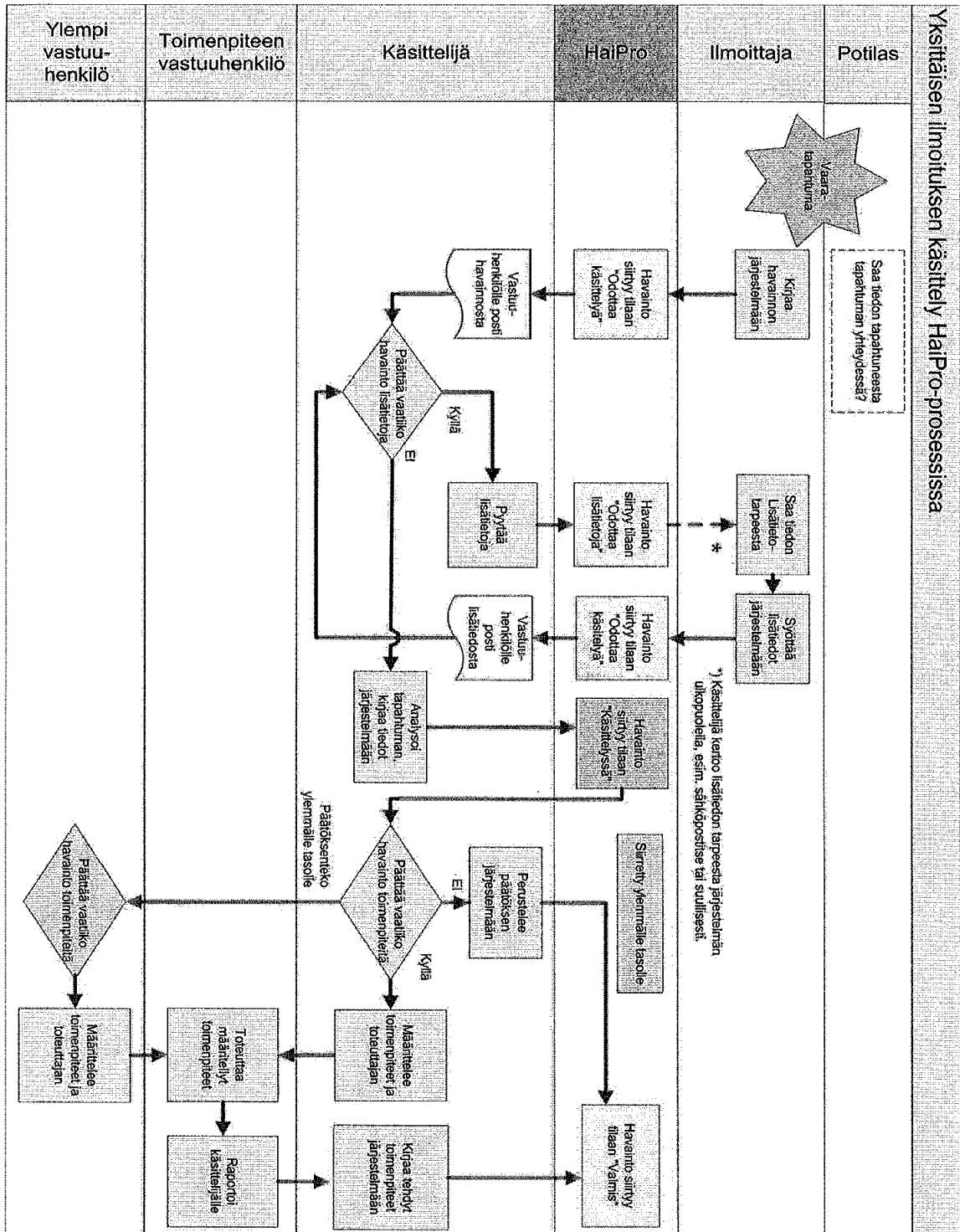
Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.

Webropol – the intelligent way. 2010. [viitattu 18.3.2011]. Saatavissa: <http://w3.webropol.com/finland>

World Health Organization. 2005. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. World alliance for patient safety. Switzerland: WHO Document Production Services.

LIITE 1: Vaaratapahtuma-ilmoituksen käsittely prosessina



LIITE 2: Ilmoituksen tekeminen HaiPro-raportointijärjestelmään: Ilmoittajan näkymä.

[Ohje](#)

[In English](#) | [På svenska](#)

HaiPro - Demokohde - Potilasturvallisuusilmoitus

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 31.3.2010

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Osasto/yksikkö | Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*) Valitse | |
| | Yksikkö, jossa tapahtui Valitse | |
| Ilmoittajan ammattiryhmä (*) | Valitse | |
| Tapahtuna | Tapahtuma-aika (*) Pvm (p.k.vvvv): Kellonaika: Tapahtunapäivä Valitse | Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> Läheltä piti i <input type="radio"/> Tapahtui potilaalle i <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus |
| Tapahtuman tyyppi | Ei tiedossa | |
| Tapahtuman kuvaus (*) | Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää? | |

Tallenna

[Tulosta ilmoitus](#)

I Tapahtumatyytit

1. Lääke- ja nestehoittoon, verensiirtoon, varjoaineeseen tai radiolääkeaineeseen liittyvä
2. Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä
3. Diagnostiikkaan liittyvä
4. Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
5. Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
6. Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä
7. Laboratorio-, kuvantamis- tai muuhun potilastutkimukseen liittyvä
8. Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä
9. Aseptiikkaan liittyvä
10. Tapaturma
11. Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä
12. Väkivalta
13. Poikkeama sädehoidon toteutuksessa
14. Muu

II Tapahtumatyyppien alaluokat

**1 Lääke- ja nestehoittoon, verensiirtoon, varjo- tai merk-
kalaineeseen liittyvä**

**1.1 Virhe lääkkeen valmistuksessa tai käyttökuntoon
saattamisessa**

1. Ei tiedossa
2. Väärä potilas
3. Väärä lääke / neste / raaka-aine
4. Väärä annos tai vahvuus
5. Väärä antotapa
6. Väärä ajankohta
7. Väärä määrä
8. Väärät merkinnät
9. Muu, mikä?

1.2 Tilausvirhe

1. Ei tiedossa
2. Tilauksen käsittelyvirhe
3. Keräilyvirhe
4. Virhe tilauksen kirjaamisessa
5. Virhe tilauksen lähettämässä
6. Virhe tilauksen vastaanottamisessa
7. Muu, mikä?

1.3 Toimitusvirhe

1. Ei tiedossa
2. Väärään aikaan
3. Väärään paikkaan
4. Virhe kuljetuksessa
5. Väärä toimituksenaikainen säilytys
6. Väärät merkinnät
7. Väärä lääkemuoto
8. Väärä lääkevahvuus
9. Väärä lääke
10. Muu, mikä?

1.4 Säilytysvirhe

1. Ei tiedossa

2. Vanhentuminen
3. Väärät säilytysolosuhteet
4. Väärä sijoituspaikka
5. Muu, mikä?

1.5 Määräysvirhe

1. Ei tiedossa
2. Väärä potilas
3. Väärä lääke/ neste/ verituote
4. Väärä annos tai vahvuus
5. Väärä antoreitti
6. Väärä lääkehoidon kesto
7. Vasta-aiheinen lääke / väärä veriryhmä
8. Määräys puuttuu
9. Päällekkäinen määräys
10. Muu, mikä?

1.6 Kirjaamisvirhe

1. Ei tiedossa
2. Väärä potilas
3. Väärä lääke/ neste/ verituote
4. Väärä annos tai vahvuus
5. Väärä antoreitti
6. Väärä lääkehoidon kesto
7. Lääke/ neste/ verituote kirjaamatta
8. Lopetusajankohta kirjaamatta
9. Muu, mikä?

1.7 Jakovirhe

1. Ei tiedossa
2. Väärä potilas
3. Väärä lääke/ neste/ verituote
4. Väärä annos tai vahvuus
5. Väärä lääkemuoto
6. Lääke jakamatta
7. Jaetaan lopetettu lääke
8. Virhe käyttökuntoon saattamisessa
9. Jaetaan annettavaksi vääränä ajankohtana
10. Muu, mikä?

1.8 Antovirhe

1. Ei tiedossa
2. Väärä potilas
3. Väärä lääke/ neste/ verituote
4. Väärä annos tai vahvuus
5. Väärä antotapa
6. Väärä ajankohta
7. Lääke/ neste/ verituote antamatta
8. Annetaan lopetettu lääke/ neste/ verituote
9. Muu, mikä?

2 Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä

**2.1 Diagnostiikkaan, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpi-
teeseen liittyvä**

1. Ei tiedossa
2. Tutkimus jäänyt tekemättä
3. Lähele hoitoon tekemättä, puutteellinen tai virheellinen
4. Konsultaatiopyyntö jäänyt tekemättä, puutteellinen tai virheellinen

5. Tutkimustulos jäänyt huomioimatta tai tulkittu väärin
6. Potilastieto jäänyt huomioimatta
7. Ajanvaraus tekemättä, puutteellinen tai virheellinen
8. Merkintä leikkausjonoon tekemättä / väärään leikkausjonoon
9. Väärä, virheellinen tai puuttuva potilasohje
10. Muu, mikä?

2.2 Potilastiedon hallintaan (dokumentointiin) liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Henkilö- /yhteystietojen virheellisyys
3. Lähetel/ tutkimustulos kirjattu väärälle potilaalle
4. Lähetel puuttuu/puutteelliset, virheelliset lähetetiedot
5. Väärä tai vanhentunut tieto potilaskertomuksessa
6. Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilastieto
7. Potilastieto kirjattu väärään paikkaan
8. Tietojen haku järjestelmästä tai syöttö järjestelmään estynyt
9. Muu, mikä?

2.3 Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Potilaan henkilöllisyys varmistamatta tai varmistettu virheellisesti
3. Välitetty väärä, epätarkka tai puutteellinen tieto
4. Tieto välitetty väärään paikkaan
5. Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto
6. Väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto
7. Välitetty väärän potilaan tieto
8. Muu, mikä?

3. Diagnostiikkaan liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Puutteellinen diagnoosi
3. Väärä diagnoosi
4. Diagnoosi tekemättä
5. Diagnoosi huomioimatta
6. Muu, mikä?

4 Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Väärä potilas
3. Väärä operointikohde
4. Tapaturma, vahingoittuminen operaation yhteydessä
5. Vierasesineen jääminen tai rikkoutuminen potilaan sisälle
6. Epästeriilin instrumentin käyttö tai epästeriili toiminta
7. Suunniteltu toimenpide peruuntunut
8. Muu, mikä?

5 Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Laskimo- tai valtimokatetrin käyttö, kanylointi
3. Letkujen ym. laitto kehon aukkojen kautta
4. Epästeriilin instrumentin käyttö tai epästeriili toiminta
5. Punktio (esim. nivel-, pleura-, rakko-)

6. Muu, mikä?

6 Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä

6.1. Potilaan tilan seuranta

1. Ei tiedossa
2. Seurantatarvetta ei tunnisteta
3. Riittämätön tilan seuranta
4. Tilan seuranta laiminlyödään
5. Muu, mikä?

6.2 Ravinto

1. Ei tiedossa
2. Annetaan ruokaa / syö vaikka ei pitäisi
3. Ruoka saamatta tai väärää ruokaa
4. Muu, mikä?

6.3 Hoitotoimenpide

1. Ei tiedossa
2. Puutteellinen tai virheellinen hoito
3. Perusteeton toimenpide
4. Toimenpide, jolle olemassa vasta-alheita
5. Muu, mikä?

7 Laboratorio-, kuvantamis- tai muuhun potilastutkimukseen liittyvä

7.1 Laboratoriotutkimukseen liittyvä

1. Ei tietoa
2. Määrätty tai tilattu väärä tutkimus
3. Tutkimus tilattu ja/tai tarrat tulostettu väärälle potilaalle
4. Virheelliset tai puutteelliset lähetetiedot (esitiedot)
5. Tutkimuslähete poistettu tai valittu väärä tutkimuslähete tietojärjestelmästä
6. Virheellinen tai puutteellinen potilaan esivalmistelu
7. Virheellisesti tai puutteellisesti otettu näyte
8. Näyte otettu väärästä potilaasta
9. Potilaan tunnistavat tiedot näytteessä virheelliset, puutteelliset tai puuttuvat kokonaan
10. Näyte ottamatta
11. Näyte kadonnut
12. Virheellinen tai puutteellinen näytteen säilytys tai kuljetus
13. Virheellinen tai puutteellinen näytteen käsittely tai lähetäminen jalkotutkimuspaikkaan
14. Virheellinen tai puutteellinen analyysi
15. Analyysi tekemättä
16. Virheellinen tai puutteellinen vastaus/lausunto
17. Vastaus/lausunto antamatta
18. Vastaus/lausunto annettu väärälle potilaalle
19. Odottamaton tai virheestä johtuva komplikaatio potilaalle
20. Muu, mikä?

7.2 Kuvantamistutkimukseen tai isotooppihoitoon liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Määrätty tai tilattu väärä tutkimus
3. Tutkimus jouduttu siirtämään

4. Tutkimusaikaa ei voitu järjestää
5. Suorituspoikkeama
 1. Virheellinen tai puutteellinen potilaan esivalmistelu
 2. Tutkimus väärälle potilaalle
 3. Tutkimus tekemättä
 4. Virheelliset rekisteröintitiedot
 5. Virheellisesti tai puutteellisesti tehty tutkimus
6. Tulostepoikkeama
 1. Huonolaatuinen kuva
 2. Kuva kadonnut
 3. Puutteellisesti kommentoidut potilastiedot/tulostiedot
 4. Tutkimus tulostamatta
 5. Tuloste kadonnut
7. Analyysipoikkeama
 1. Virheellinen analyysi
 2. Analyysi tekemättä
8. Lausunto-poikkeama
 1. Puutteellinen lausunto
 2. Tutkimus lausumatta
 3. Virheellinen lausunto
 4. Väärä löydös
9. Tutkimustietojen kirjauspoikkeama
 1. Kirjattu väärälle potilaalle
 2. Väärin kirjattu tulos
 3. Tutkimustulos kirjaamatta
10. Tutkimustulos lähettämättä
11. Odottamaton tai virheestä johtuva komplikaatio
12. Saattajan/läheisen säteilyaltistus
13. Muu, mikä?

7.3. Fysiologiseen, neurofysiologiseen tai muuhun potilastutkimukseen liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Määrätty tai tilattu väärä tutkimus
3. Tutkimus jouduttu siirtämään
4. Tutkimusaikaa ei voitu järjestää
5. Suorituspoikkeama
 1. Virheellinen tai puutteellinen potilaan esivalmistelu
 2. Tutkimus väärälle potilaalle
 3. Tutkimus tekemättä
 4. Virheelliset rekisteröintitiedot
 5. Virheellisesti/puutteellisesti tehty tutkimus
 6. Huonolaatuinen rekisteröinti
6. Tulostepoikkeama
 1. Väärin valitut mittapisteet
 2. Puutteellisesti kommentoidut potilastiedot/tulostiedot
 3. Tutkimus tulostamatta
 4. Tiedosto/tuloste kadonnut
7. Analyysipoikkeama
 1. Virheellinen analyysi
 2. Analyysi tekemättä
8. Lausunto-poikkeama
 1. Puutteellinen lausunto
 2. Tutkimus lausumatta
 3. Virheellinen lausunto
 4. Lausunto väärälle potilaalle
 5. Väärä löydös

9. Tutkimustietojen kirjauspoikkeama
 1. Kirjattu väärälle potilaalle
 2. Väärin kirjattu tulos
 3. Tutkimustulos kirjaamatta
10. Tutkimustulos lähettämättä
11. Odottamaton tai virheestä johtuva komplikaatio potilaalle
12. Muu, mikä?

8 Laitteeseen ja sen käyttöön liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Laitteet yhteen sopimattomat
3. Laitteen toimintahäiriö
4. Laitte ei saatavilla, ei toimintakunnossa, huollossa ym.
5. Laitteen virheellinen käyttö, käyttäjän virhe
6. Laitte, tarvikke tai väline koottu puutteellisesti tai väärin
7. Vanhentuneen välineen tai tarvikkeen käyttö
8. Laitteen rikkoutuminen hoidon tai tutkimuksen aikana
9. Häiriö tietoverkossa
10. Häiriö sähkön tai kaasun saannissa /jakelussa
11. Muu, mikä?

9 Aseptiikkaan/ hygieniaan liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Epästeriili instrumentti
3. Aseptiseen käyttäytymiseen liittyvä
4. Leikkaus- ja hoitotarvikkeisiin liittyvä
5. Potilaan valmistelu
6. Tartunnantorjuntaan liittyvät varo- ja eristystoimet virheelliset tai puutteelliset
7. Muu, mikä?

10 Tapaturma, onnettomuus

1. Ei tiedossa
2. Kaatuminen
3. Putoaminen
4. Puristuminen, kuristuminen
5. Isku esineestä, törmääminen esineeseen ym., putoava esine
6. Sähkötapaturma
7. Liikenneonnettomuus
8. Tulipalon alku tai tulipalo
9. Muu, mikä?

11. Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Puutteellinen tai virheellinen kohdeosoite
3. Kohteen osoite-merkintä puutteellinen (talon numero puuttuu tms.)
4. Kohteen tavoittaminen viivästynyt tiedon kunnan vuoksi
5. Kohteeseen ei pääse autolla lainkaan (ei tietä, ajokelpoton tie, kohde saareissa tms.)
6. Muu, mikä?

12 Väkivalta

12.1. Tekijänä (muu) potilas

1. Ei tiedossa
2. Sanallinen uhkaaminen
3. Päällekarkaus, lyöminen tai potkiminen
4. Raapiminen tai repiminen
5. Pureminen tai sylkeminen
6. Kuristaminen
7. Esineellä uhkaaminen
8. Esineellä heittäminen tai lyöminen
9. Seksuaalinen häirintä
10. Polttaminen
11. Teräaseen käyttö (uhkailu, isku)
12. Ampuma-aseella uhkaaminen, ampuminen
13. Muu, mikä?

12.2. Itsetuhoihin käyttäytyminen, potilas itse

1. Ei tiedossa
2. Lyöminen tai potkiminen
3. Raapiminen tai repiminen
4. Pureminen
5. Kuristaminen
6. Polttaminen
7. Viiltely
8. Itsemurhayritys, itsemurha
9. Muu, mikä?

12.3. Tekijänä ulkopuolinen henkilö (esim. omainen, vierailija, ohikulkija)

1. Ei tiedossa
2. Sanallinen uhkaaminen
3. Päällekarkaus, lyöminen tai potkiminen
4. Raapiminen tai repiminen
5. Pureminen tai sylkeminen
6. Kuristaminen
7. Esineellä uhkaaminen
8. Esineellä heittäminen tai lyöminen
9. Seksuaalinen häirintä
10. Polttaminen
11. Teräaseen käyttö (uhkailu, isku)
12. Ampuma-aseella uhkaaminen, ampuminen
13. Muu, mikä?

12.4. Tahdonvastainen toimenpide

1. Ei tiedossa
2. Potilasta vahingoittava voimankäyttö hoitotoimenpiteessä
3. Tarpeeton lääkitys
4. Tarpeeton eristäminen
5. Virheellinen lepositeiden käyttö
6. Muu, mikä?

13 Poikkeama sädehoidon toteutuksessa

13.1 Annossuunnitteluun liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Väärä annos
3. Väärä MU
4. Väärä PIE / SSD
5. Väärä kenttäkoko
6. Tuumoriantoksen muutos huomioimatta
7. Hoitokohteen muutos huomioimatta
8. Väärä hoitokohde
9. Väärä puoli (SIN/DEX)
10. Väärä potilas
11. Muu, mikä?

13.2 Kuvaukseen liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Väärä suoja / mlc - suoja
3. Väärä pie / ssd
4. Väärä kenttäkoko
5. Kuvaukkohteen muutos huomioimatta
6. Väärä kuvaukkohteen
7. Väärä puoli (sin/dex)
8. Väärä potilas
9. Muu, mikä?

13.3 Muotihuoneeseen liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Suoja tekemättä
3. Tehty väärä suoja / MLC – suoja
4. Muu, mikä?

13.4 Hoidon toteutukseen liittyvä

1. Ei tiedossa
2. Suojaa ei käytetty
3. Väärä suoja / MLC - suoja
4. Väärä MU
5. Asetettu väärä PIE / SSD
6. Väärä kenttäkoko
7. Tuumoriantoksen muutos huomioimatta
8. Hoitokohteen muutos huomioimatta
9. Väärä hoitokohde
10. Väärä puoli (SIN/DEX)
11. Väärä potilas
12. Muu, mikä?

14 Muu

1. Potilas poistuu omin luvuin
2. Kadonnut potilas
3. Ylipaikkatilanne
4. Muu, mikä?

LIITE 4: Kirjallisen kyselyn kysymykset

1. Miten ymmärrät HaiPro – raportointijärjestelmään kuuluvan käsitteen ”operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä vaaratapahtuma”? Kuvaile käsitettä.
2. Millaisia operatiivisiin toimenpiteisiin liittyviä vaaratapahtumia kirurgian vuodeosastoilla 41–42 kokemuksesi perusteella ilmenee?
 - a.) Väärä potilas
 - b.) Väärä operointikohde
 - c.) Tapaturma tai vahingoittuminen operaation yhteydessä
 - d.) Vierasesineen jääminen tai rikkoutuminen potilaan sisälle
 - e.) Epästeriilin instrumentin käyttö tai epästeriili toiminta
 - f.) Suunniteltu toimenpide peruuntui
 - g.) Muu, mikä?
3. Millaisista operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvistä vaaratapahtumista olet itse tehnyt ilmoituksia HaiPro- raportointijärjestelmään?
4. Millaisista operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvistä vaaratapahtumista työtoverisi on kokemuksesi mukaan tehnyt ilmoituksia HaiPro- raportointijärjestelmään?
5. Tehdäänkö kokemuksesi mukaan kaikista operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvistä vaaratapahtumista ilmoitus HaiPro- järjestelmään? Perustele vastauksesi.
6. Miten operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvien vaaratapahtumien ilmoitusten tekemistä HaiPro – raportointijärjestelmään voitaisiin mielestänne lisätä?

LIITE 5: Saatekirje

Hyvä sairaanhoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksesta. Teemme opinnäytetyötä potilasturvallisuudesta operatiiviseen hoitotyöhön liittyen. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kuvaus Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41–42 sairaanhoitajien kokemuksista operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta HaiPro – raportointijärjestelmään. Tutkimus on laadullinen ja tutkimuksen aineisto kerätään kirjallisen kyselyn avulla.

Toivomme, että voisitte osaltanne olla kehittämässä potilasturvallisuutta. Pyydämme teitä vastaamaan kirjalliseen kyselyyn 17.2. – 28.2.2011 välisenä aikana. Kyselyyn on mahdollisuus vastata joko sähköiselle Webropol-alustalle tai paperiselle vastauspohjalle. Vastausmuodon voitte itse valita. Paperiset vastauslomakkeet löydät kahvihuoneesta palautuslaatikon päältä ja suora linkki sähköiseen vastauslomakkeeseen on lähetetty kunkin sairaanhoitajan sähköpostiin. Kirjalliseen kyselyyn vastataan anonymisti. Webropol -kyselyn lähettäjänä toimii kirurgian vuodeosastojen 41–42 osastonhoitaja. Tutkimukseen rekrytoitavien sähköpostiosoitteet (muotoa etunimi.sukunimi@phsotey.fi) jäävät vain kyseisen osastonhoitajan tietoon ja tutkimukseen on laadittu henkilörekisteriseloste. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto tuhoetaan analysoinnin jälkeen.

Vastaamalla kysymyksiin perusteellisesti autatte meitä saamaan luotettavampia tutkimustuloksia, joiden perusteella voidaan kehittää ja parantaa potilasturvallisuutta Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Valmis tutkimusraportti on tarkoitus luovuttaa tutkimukseen osallistuville osastoille sekä operatiivisen tulosalueen ylihoitajalle.

Ystävällisin terveisin,

Pauliina Piilonen
040-9605387
Sairaanhoitajaopiskelija AMK
pauliina.piilonen@lpt.fi

Jenni Tuominen
050-9104737
Sairaanhoitajaopiskelija AMK
jenni.tuominen@lpt.fi

LIIITE 6: Käsité ”Operatiiviseen toimintatapaan liittyvä vaaratapahtuma”

ÄLKUPERÄINEN ILMAISU

”Ymmärtän tämän kassiteen laajempana kuin pelkkä operatiivinen toimintapide eli niestään tähän kunniin leikkaukseen tulevan potilaan hoidon kokonaisuus.”

"Osaatola on selkeät toimintatavat potilaiden hoidosta, monista yksittäisistä asioista ja jos niiden mukaan ei ole toimittu, mielestäni voi kyseessä olla vaarantapahuma (esim. lääkehoidossa)."*

¹⁰ Vääratapahuttuna tapahutu tällöin
leikkauksalissa. ¹¹

⁷¹Tapahnuma joka on vahingoittanut saatuaan vahingoittaa potilasta, potilaalle aiheuttanut toiminnalla aiheutettua vaaraa tapahnuma, leikkauksen vaaraa, leikkauksento tai muu sellainen aiheuttanut potilaalle vaaran, leikkauksessa aiheutun vaaraa laak-dia ym.⁷²

²⁰ Operatiiviseen toimintapiireeseen liittyy asiat, lähinnä leikkausosastolla tapahtuvat.

"Paremmiin kirj 41–42:lla kuvaasi operatiivisen polttajan hoidoon liittyvät vaaratilapuhumat oireistolla. Kuluen esim. vuoteesta putoaminen, suihkutuolista putoaminen, kaatuminen, liukastuminen, väärän laakkeen saaminen jne."

"Mielestäni kasitte kuvaa vaaratapahuumia, jotka voivat tapahtua potilaan valmistelussa toimintapötsöön, toimintojen alkua tapahtua ja l pop. päivään asti. Siitä eteenpäin mahdolliset vaaratapahuumit eivät ole enää toimintapötsöön liittyviä."

"Leikkauksessa tapahtunut tapahtuma
potilaalle, leikkauksen jälkeen tapahtunut
tapahtuma potilaalle."

¹⁰ "I ähminä leikkauksen aikana."

PELKISTEITY ILMAUS

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| Kattiaa leikkaukspöytäan hoitdon kokonaisundessaan | Leikkaukspöytäan hoitdon kokonaisuus | Kokonaisvaltainen hoito |
|---|--------------------------------------|-------------------------|

Osaaton poliisiammattilainen on velvollinen noudattamaan jatkuvasti

Leikkauksissa tapahtuvat vaaratapahtumat.
 Leikkauksissa tapahtuvat vaaratapahtumat.
 Vaaratapahtumat joiden voivat tapahtua vain leikkauksissa.
 Hoitoympäristö

Vaaratapahnumi jodca voivat tapahnuu vain leikkauksalissa.

| Leikkauksosastolla tapahtuvat | Leikkauksosastolla tapahtuvat |
|-------------------------------|-------------------------------|
| vaaratapahtumat. | vaaratapahtumat. |

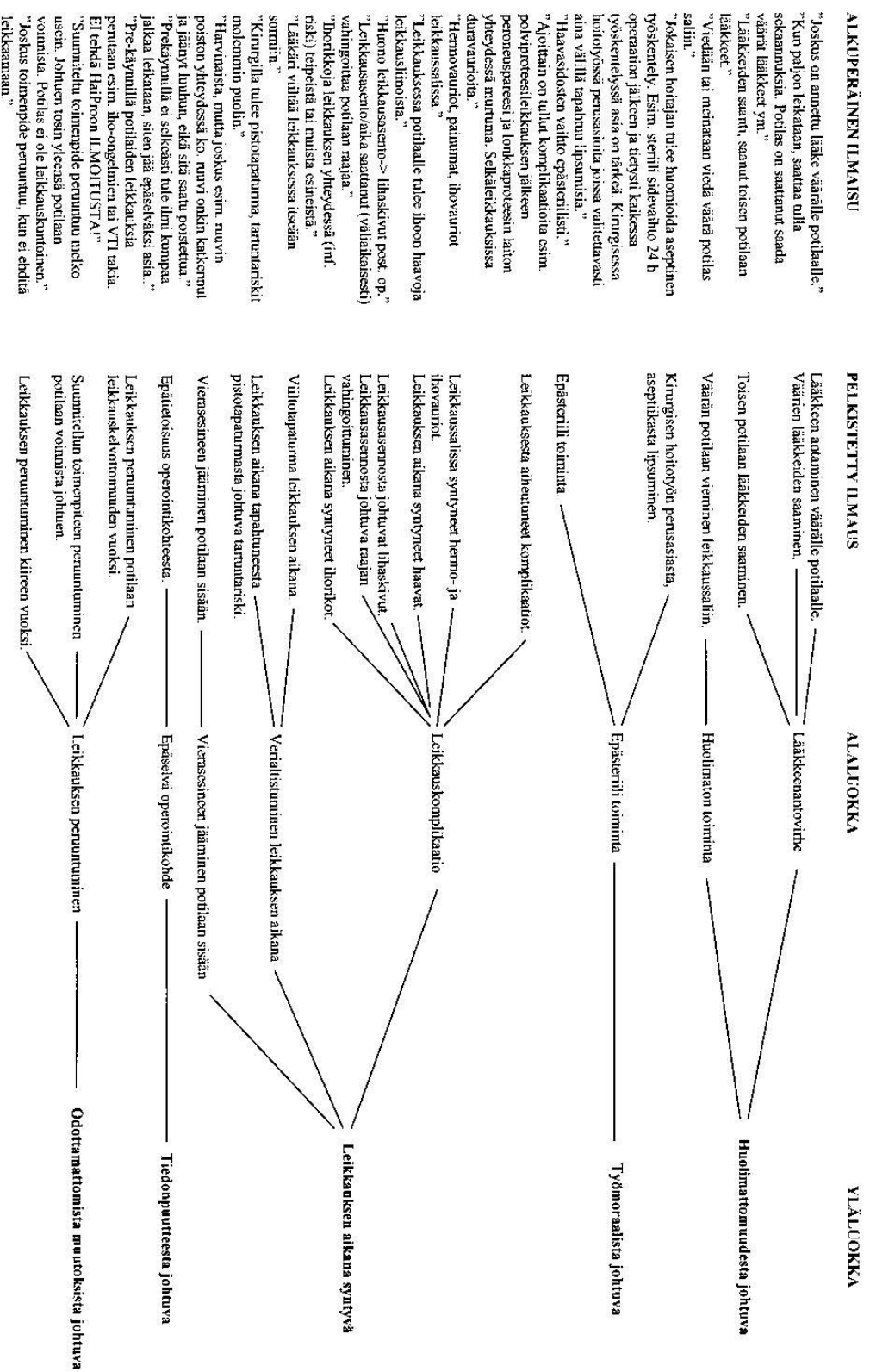
| | | |
|--|--|-----------------|
| Kirjurgian vuodeosastojen vaaratapahmuina kuvattiin paraimminkin "operatiivisen potilaan hoitoon liittyvää vaaratapahmuina". | Käsitte ei liity kirjurgian vuodeosastojen hoito-yöön. | Hoitoyön luonne |
|--|--|-----------------|

Vaaratapahmut leikkauksivahvistuksia _____ Vaaratapahmut leikkauksivahvistuksia
ensimmäiseen leikkauksen jälkeiseen päivään ensimmäiseen leikkauksen jälkeiseen päivään
asti. Tämän jälkeen tapahtuvat asti.
vaaratapahmut eivät enää liity
toimintapöytäseen.

| | | | | |
|---|-------|---|-------|--------------------------|
| Leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen tapahtuvat vaaratapahtumat. | _____ | Intraoperatiivisen ja postoperatiivisen hoidon aikana tapahtuvat vaaratapahtumat. | _____ | Alue peruspöytäkirjassa. |
|---|-------|---|-------|--------------------------|

| Leikkauksen aikana tapahtuvat vaaratapahtumat. | luttaoperatiivisen hoidon aikana tapahtuvat vaaratapahtumat. |
|---|---|
| | |

LITE 7: Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvien vaaratapahutumien ilmeneminen



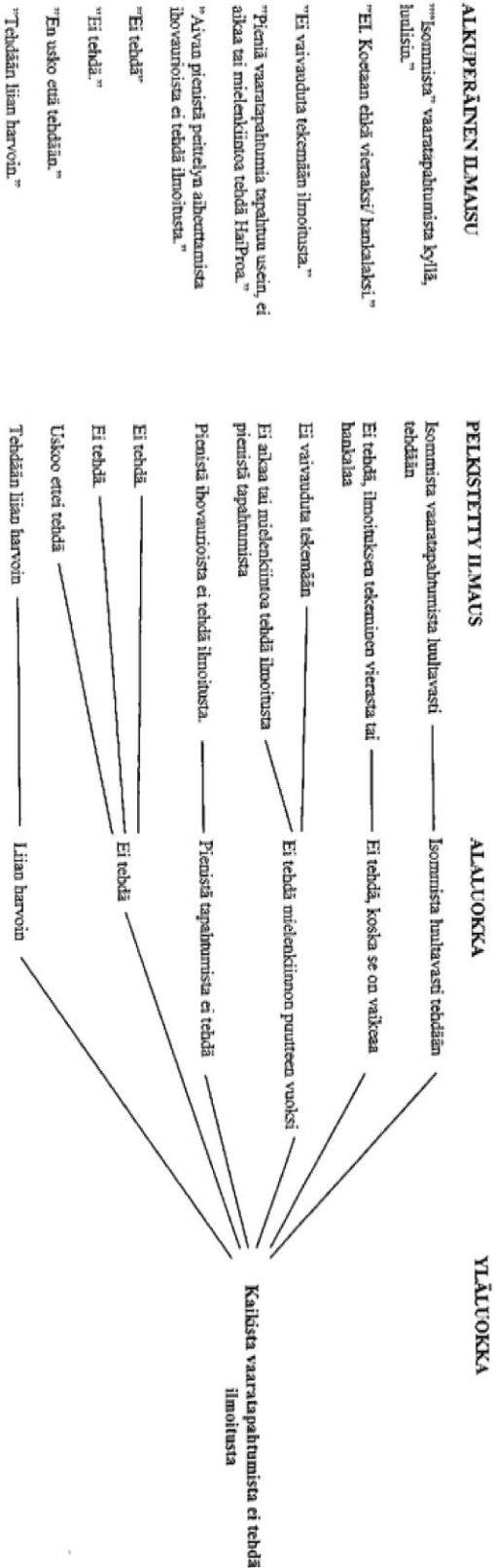
LIITE 8: Kokemus omasta ilmoittamisesta

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PEIKISTETTY ILMAISU | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA |
|---|---|--|--|
| "En ole tehnyt yhtään ilmoitusta" | Ei ole tehnyt yhtään _____ | | |
| "En ole tehnyt" | Ei ole tehnyt _____ | Ei ole tehnyt _____ | Ilmoituksia ei tehdä |
| "Operatiivisiin toim. piti liittyviä en ole tehnyt, koska mielestäni käsite koskee vain n. 1-vrk ajankeittaa (leik. valmistelu, operatio ad. 1 pop. päivä)" | Ei ole tehnyt operatiivisiin toimintaprosesseihin _____ Ei ole tehnyt vauratapahunnista, koska käsite koskee vain yhden vuorokauden aikaisia tapahunna | Ei ole tehnyt, koska käsite sisältää vain yhden vuorokauden aikana tapahtuneet vauratapahunnat | |
| "Potilaalle oli tehty leikkaleikkauks ja havain lähtösille oli tullut jostain instrumentista leikkauksellisessa pieni pistojälki, joka voiti kudosnestettä jälkeempään" | Leikkauksellisessa instrumentin aiheuttamasta vauriosta, joka vuotanut jälkeempään. | Leikkauksellisessa tapahtunut vaurio, joka vuotanut jälkeempään. | Osastolla havaittu leikkaukskomplikaatio |
| "Väärät lääkkeet. Toisen potilaan lääkkeet." | Vääräisiä lääkeisiä _____ | Lääkkeenantovirhe _____ | Lääkevirhe |
| "Ei ole saanut lääkkeitä (osim. Marvan, tavalla olleet syöl. lääkkeitä)" | Lääkkeet jääneet saamatta _____ | | |

LIITE 9: Kokemus työtoverin ilmoittamisesta

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELJÄSTETTY ILMAISU | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA |
|---|---------------------------------------|--|----------------------|
| "Lääkevirheisiä." | Lääkevirhe | | |
| "Väärän lääkkeen annosta." | Annettu väärä lääke | | |
| "Väärät lääkkeet väärälle potilaalle on yleisin." | Väärin lääkkeiden antaminen yleisin | Lääkevirhe | Lääkevirhe |
| "Lääkehoito on yleisin." | Yleistuminen lääkehoito | | |
| "Väärät lääkkeet potilaalle." | Väärät lääkkeet | | |
| "Puitteellisesta preoperatiivisesta valmistelusta." | Puitteellinen leikkaukseen valmistelu | Leikkauksvalmistettujen puitteellisuus | Tekemättä jäänyt työ |
| "Lieviä pahoinpitelyisiä." | Lievä pahoinpitely | Väkivalta | Väkivalta |
| "Potilaan putoamisesta." | Potilaan putoaminen | Tapaturma | Tapaturma |
| "Neulan pistosta itseensä." | Itseään pistäminen | | |

LIITE 10: Kokemus ilmoitusten tekemisestä yleisesti



LIITE 11: Ilmoitusten tekemisen lisääminen

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAIS | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA |
|---|--|--|---------------------------------|
| "Koulutus." | Kouluttaminen | Kouluttaminen ilmoitusten tekemisessä | Kouluttaminen |
| "Ilmoitusten teosta tulisi informoida enemmän." | Ilmoitusten teosta informointi | | |
| "Aina ei edes muista koko HairProa." | Välillä koko HairPro unohtuu | HairPro:n unohtaminen | HairPro:sta mainittaminen |
| "Ilmoitetujen vaaratapauksien käsittely ja käytyään läpi, mitä ilmoituksille asialle on tehty." | Ilmoitetujen vaaratapauksien käsittely osastolla | Ilmoitusten käsittely osastolla | Ilmoitusten käsittely osastolla |
| "Osastolla nähtävissä konkretinen hyöty." | Osastolla nähtävissä konkretinen hyöty | Konkreettinen hyöty nähtävissä osastolla | Konkreettisen hyödyn näkeminen |
| "Hoitajien tulisi tehdä ilmoituksia enemmän, samoin myös lääkärin." | Hoitajien ja lääkärin tulisi tehdä enemmän ilmoituksia | Ilmoitusten tekemisessä työelämätyöryhmä | Asennoituminen |

LIITE 12: Rekisteriseloste

Lue täyttöohjeet ennen rekisteriselosteen täyttämistä. Käytä tarvittaessa liitettä.

REKISTERISELOSTE Henkilötietolaki (523/1999) 10 §

Laatimispäivä
15.2.2011

| | |
|--|--|
| 1 Rekisterin- pitäjä | <p>Nimi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (PHSOTEY), Operatiivinen tulosryhmä Kirurgian vuodeosastojen 41-42, Osastonhoitaja Eeva Kallio</p> <p>Osoite Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti.</p> <p>Muut yhteystiedot (esim. puhelinviika-akana, sähköpostiosoite) Puh. (03) 819 11, s-posti: eeva.kallio@phsotey.fi</p> |
| 2 Yhteyshenki- lö rekisteriä koskevissa asioissa | <p>Nimi Tuominen Jenni ; Piilonen Pauliina</p> <p>Osoite Hämeenkatu 26 d 14, 15140 ; Kansakoulukatu 14 b 7, 15700 Lahti</p> <p>Muut yhteystiedot (esim. puhelinviika-akana, sähköpostiosoite) jenni.tuominen@lpt.fi (050-9104737) ; pauliina.piilonen@lpt.fi (040-9605387)</p> |
| 3 Rekisterin nimi | TUTKIMUS 4/2011 |
| 4 Henkilötieto- jen käsittelyn tarkoitus | Operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvät potilasturvallisuustapahtumat Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41 - 42 sairaanhoitajien kokemana -opinnäytetyön toteuttaminen hyväksytyn tutkimussuunnitelman mukaan. Tutkimukseen rekrytoitavien sähköpostiosoitteet ovat tämän rekisteriselosteen salassa pidettävänä liitteenä ja vain rekisterinpitäjän tiedossa ja hallussa. |
| 5 Rekisterin tietosisältö | Liite 1. SALAINEN: Tutkimukseen rekrytoitavien sähköpostiosoitteet (etunimi.sukunimi@phsotey.fi). Liite on salainen ja jää osastonhoitajan säilytettäväksi. |
| 6 Säännön- mukaiset tietolähteet | Rekisteriselosteen liitteeseen talletettavat Webropol-kyselyn vastaanottajien sähköpostiosoitteet (etunimi.sukunimi@phsotey.fi) ovat kertyneet rekisterinpitäjän omasta toiminnasta. Osastonhoitaja saa ne PHSOTEY:n henkilöstörekisteristä. Tiedot eivät tule opinnäytetyöntekijöiden tietoon missään vaiheessa. Liite on salainen ja jää osastonhoitajan säilytettäväksi. |

| | |
|--|---|
| 7 Tietojen säännönmu- kaiset luovu- tukset | Tietoja ei luovuteta säännönmukaisesti. Rekisterin tietosisältö on salainen ja jää osastonhoitajan säilytettäväksi. Tietoja ei luovuteta edes opinnäytetyöntekijöille. |
| 8 Tietojen siir- to EU:n tai ETA:n ulko- puolelle | Tietoja ei siirretä EU:n tai ETA:n ulkopuolelle. |
| 9 Rekisterin suojauksen periaatteet | <p>A Manuaalinen aineisto</p> <p>B ATK:lla käsiteltävät tiedot</p> <p>Webropol -kyselyn lähettäjänä toimii kirurgian osastojen 41 - 42 osastonhoitaja. Tutkimukseen rekrytoitavien sähköpostiosoitteet (muotoa etunimi.sukunimi@phsotey.fi) jäävät vain kyseisen osastonhoitajan tietoon.</p> |

LIITE 13: Tutkimuslupahakemus

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

LUPAHAKEMUS
AMK- ja toisen asteen
OPINNÄYTETYÖ tai KEHITTÄMISHANKE

Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle. Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat PHSOTEY:n salassa pidettäviin potilas / asiakasrekisteritietoihin. (Ks. ohjeet tutkimuslupan hakemiseksi, kohta 4).

Saapumispäivä
04.01.2011
reijtu Korkkila

| | |
|-------------------------------|--|
| PHSOTEY Dnro TUTKIMUS: 4/2011 | PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi: — |
|-------------------------------|--|

Opiskelija/tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1 Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosityksikkö

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus | <input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala | <input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus |
| <input type="checkbox"/> Lääketieteellisten palvelujen keskus | <input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus | <input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus |
| <input type="checkbox"/> Yhtymähallinto | <input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus | |
| Tulosityksikkö: Operatiivinen tulosalue, Kirurgian vuodeosastot 41-42 2201 | | |

2. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tiedot

| | |
|--|---|
| Oppilaitos, koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto Lahden Ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto | |
| Oppilaitoksen osoite ja muut yhteystiedot Hoitajankatu 3, 15850 Lahti | |
| Opinnäytetyön/kehittämishankkeen nimi ja lyhytnimi Operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvät potilasturvallisuustapahtumat Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41-42 sairaanhoitajien kokemana | |
| Opinnäytetyön/kehittämishankkeen alkamispvm 1.6.2010 | Opinnäytetyön/kehittämishankkeen arvioitu päättymispvm 15.5.2011 |
| Opinnäytetyön luonne | <input type="checkbox"/> Kehittämishanke <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus |
| Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kuvaus kirurgian vuodeosastojen 41-42 sairaanhoitajien kokemuksista Operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamisesta Halpro-raportointijärjestelmään. Työn päämääränä on näin potilasturvallisuuden kehittäminen. Tutkimus on laadullinen ja aineisto kerätään kirjallisen kyselyn avulla. | |

3. Hakija/hakijat

| | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Luvanhakija/yhteyshenkilö: | Osoite: | Sähköposti: | Puhelin: |
| Pauliina Piilonen | Kansakoulukatu 14 b 7, 15700 Lahti | pauliina.piilonen@lpt.fi | 040-9605387 |
| Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tekijöiden nimet: | Osoite: | Sähköposti: | Puhelin: |
| Pauliina Piilonen | Kansakoulukatu 14 b 7, | pauliina.piilonen@lpt.fi | 040-9605387 |
| Jenni Tuominen | Hämeenkatu 26 d 14, 15140 Lahti | jenni.tuominen@lpt.fi | 050-9104737 |

4. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen kustannuksista vastaa

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija/tutkija | <input type="checkbox"/> joku muu, mikä: |
| <input type="checkbox"/> PHSOTEY:n tulosityksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi): | |

5. Opinnäytetyön raportointi

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/raportti toimitetaan luvan myöntäjälle | <input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle |
| <input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä/raportista pidetään osastokokous/koulutus | |
| <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä | |

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli toimeksiantosopimuksessa ei toisin sovita. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

6. Allekirjoitukset

| | |
|--|--|
| Oppilaitos | |
| Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 17.12.2010 <i>Ulla Papinniemi</i> | Puhelin/sähköposti 044-7080324 tai 0400-515221 /ulla.papinniemi@lankk.fi |
| Tutkimus | |
| Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 17.12.2010 <i>Ulla Papinniemi</i> | Puhelin/sähköposti 044-7080324 /ulla.papinniemi@lankk.fi |
| Pvm ja osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys | Puhelin/sähköposti |
| Pvm ja hakija allekirjoitus ja nimenselvennys 17.12.2010 <i>Pauliina Piironen</i> | |

7. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

| |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti |
| <input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn |
| <input type="checkbox"/> Hakemus hylätty |
| Perustelu/pyydetty lisäselvitykset <i>Kyselylomake, tutkittavan tiedote, kirjallinen tietosuojaselitys ja rekisteriseloste</i> |
| Aika ja paikka <i>Lahti 22.12.2010</i> <i>3.1.2011</i> |
| Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo/tehtävänimike <i>Juhani Koskela yh/kons.tä</i> <i>Muona va yh/opm. t.</i> |
| Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot <i>Kons.tä PHSOPEY, Päijät-Hämeen keskussairaala, Keskussairaalan k.7,</i> |

8. Pyydetty lisäselvitykset toimitettu

| |
|--|
| Aika ja paikka <i>Lahti 21.2.2011</i> |
| Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo/tehtävänimike <i>Muona /MERILUOMA, va yh</i> |
| Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot <i>PHSOPEY, PHKS, operatiivinen tulosalue</i> |

9. Liitteet päivätyinä: Tutkimuslupahakemus rekisteröidään skannaamalla, päiväykset merkittävä liiteluetteloon

| |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma tai hankesuunnitelma + tiedote, saatekirje ja kyselylomake tutkittavalle |
| <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäyte toimeksiantosopimus 17.12.2010 / 22.12.2010 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta (tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä) |
| <input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä: <i>Rekisteriseloste 15.2.2011, kirjallinen tietosuojaselitys 16.2.2011, sähköpostit</i> |

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille.

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

1) tutkimusluvan hakijalle 2) yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle 3) rekrytointikoordinaattorille (HEN)

LIITE 14: Toimeksiantosopimus


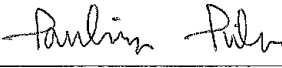




LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

Hankkeistettu opinnäytetyö

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

| TOIMEKSIANTAJA | |
|---|--|
| Toimeksiantaja | Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymä, PHKS |
| Toimeksiantajan yhteyshenkilö | Ylihoitaja Päivi Alinen |
| Lähiosoite | Keskussairaalankatu7 |
| Postinumero ja -toimipaikka | 15850 Lahti |
| Toimipisteen kotikunta | Lahti |
| Puhelin | 044-7195546 |
| Sähköposti | paivi.alinen@phsotey.fi |
| OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄ/T | |
| Nimi/nimet ja tunnukset/tunnukset | Pauliina Piilonen 0701613 ja Jenni Tuominen 0701617 |
| Ryhmätunnus/tunnukset | HOI07S |
| Koulutusohjelma ja -ala | Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK |
| Puhelin/puhelimet | Pauliina 040-9605387, Jenni 050-9104737 |
| Sähköposti/postit | pauliina.piilonen@lpt.fi, jenni.tuominen@lpt.fi |
| OHJAAJA | |
| Ohjaava opettaja | Ulla Papinniemi |
| Puhelin | 044-7080324 |
| Sähköposti | ulla.papinniemi@lamk.fi |
| Laitos | Sosiaali- ja terveysalan oppilaitos |
| OPINNÄYTETYÖ | |
| Opinnäytetyön nimi | Operatiivisiin toimenpiteisiin liittyvät potilasturvallisuustapaukset Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastojen 41-42 sairaanhoitajien kokemana |
| SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA | |
| <input type="checkbox"/> Työelämä maksaa työn tekemisestä ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle <input type="checkbox"/> Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti työn tekemistä <input type="checkbox"/> Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan ja tästä on sovittu kirjallisesti erillisellä sopimuksella <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä | |
| Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovituista yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi. | |
| Liitteitä yhteensä _____ sivua. | |
| <input type="checkbox"/> Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin. | |

| | |
|--|---|
| <p>Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa <i>opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistehtävän toimeksiantajalle.</i></p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.</p> | |
| ALLEKIRJOITUKSET | |
| OPISKELIJA | Jenni Tuominen |
| Paikka ja päiväys | 17/12 2010 Lahti |
| Allekirjoitus ja nimenselvennys |  Jenni Tuominen |
| OPISKELIJA | Pauliina Piilonen |
| Paikka ja päiväys | 17/12 2010 Lahti |
| Allekirjoitus ja nimenselvennys |  Pauliina Piilonen |
| OHJAAJA | Ulla Papinniemi |
| Paikka ja päiväys | 17/12 2010 |
| Allekirjoitus ja nimenselvennys |  ULLA PAPINNIEMI |
| TOIMEKSIANTAJA | |
| Paikka ja päiväys | Lahti 22.12.2010 |
| Allekirjoitus ja nimenselvennys |  Päivi Aalinen |

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, josta yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä tai tekijät.

Opinnäytetyö luetaan hankkeistetuksi, jos yksikin seuraavista kriteereistä täyttyy:

- (1) työelämä maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä
- (2) opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja
- (3) työyhteisön tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omissa toiminnassaan ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen sopimalla niistä erikseen opinnäytetyöntekijän kanssa tämän sopimuksen liitteellä.

Päivitetty 30.6.2010